43

EnfermeríaNeonatal

Año 15 | Número 43 | Diciembre 2023

ISSN 2591-6424

Artículos originales

» Continuidad del cuidado: enfermero de enlace

» Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal

» Revisando técnicas: monitorización transcutánea continua de CO_2 en recién nacidos

» La importancia de la implementación del *coaching* en enfermería

» Propuesta de estandarización de etiquetado de medicamentos de alto riesgo: un instrumento para la mejora de calidad

» Liderazgo genuino: un camino hacia la transformación del equipo de salud

Comentarios de artículos

» Asociación del balance de líquidos con los resultados respiratorios a corto y largo plazo en recién nacidos extremadamente prematuros: análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado

FUNDASAMIN
Fundación para la Salud Materno Infantil

ISSN 2591-6424

EnfermeríaNeonatal

AUTORIDADES

Editora Responsable
Mg. Guillermina Chattás
Universidad Austral, Argentina.

Editora Asociada
Mg. Rose Mari Soria
Área de Enfermería, FUNDASAMIN, CABA, Argentina.

Comité Ejecutivo
Lic. Cristina Malerba
Comisión Asesora de Lactancia Materna,
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
Esp. María Luisa Videla Balaguer
Sanatorio Tandil, Buenos Aires, Argentina.

Comité Editorial
Esp. Aldana Ávila
Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación y Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.
Mg. Marcela Arimany
Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación y Sanatorio Otamendi, CABA, Argentina.
Esp. Paulo Arnaudo
Hospital Madre Catalina Rodríguez, Merlo, San Luis, Argentina.
Mg. Mónica Barresi
Sanatorio Finochietto y Universidad Austral, CABA, Argentina.
Esp. María José Caggiano
UCEP-SUR, COMECA, FEPREMI, Canelones, Uruguay.
Dra. en Enf. Bibiana Chinea Jiménez
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y
Universidad Complutense de Madrid, España.
Mg. Miriam Faunes
Escuela de Enfermería Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.
Esp. Raquel Galliussi
Maternidad Santa Rosa, Florida, Buenos Aires, Argentina.
Esp. Claudia Green
Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina.
Esp. Zandra Patricia Grosso Gómez
Fundación Canguro, Bogotá, Colombia.
Esp. Nuria Herranz Rubia
Hospital U. Sant Joan de Déu, Barcelona, España.
Dr. en Enf. Luis Alexander Lovera Montilla
Universidad de Valle, Cali, Colombia
Esp. Guillermina Lasala
Servicio de Neonatología, CEMIC, CABA, Argentina.
Esp. Lucila Scotto
Hospital Juan P. Garrahan, CABA, Argentina.
Esp. María Inés Olmedo
Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina.
Lic. Carmen Vargas
Sanatorio de la Trinidad San Isidro, Buenos Aires, Argentina.
Mg. Sabrina VIdable
Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires, Argentina.

Comité Asesor
Dra. Norma Rossato
Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN.
Dra. María Elina Serra
Coordinadora de proyectos, FUNDASAMIN.
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA, Argentina

Traducción al portugués
Esp. María Inés Olmedo

Asistente técnica
Adriana Varela

FUNDASAMIN

Consejo de Administración
Director
Dr. Luis Prudent
Coordinadora del Área de Enfermería
Mg. Rose Mari Soria

La **Revista Enfermería Neonatal** es propiedad de **FUNDASAMIN**
Fundación para la Salud Materno Infantil
Teléfono: 011-3939-0376 • Honduras 4160 (CP 1180) C.A.B.A Argentina
Dirección electrónica de la revista: revistadeenfermeria@fundasamin.org.ar
Publicación sin valor comercial. Registro de la Propiedad Intelectual: 01142945.
Los contenidos vertidos en los artículos son responsabilidad de los autores.
Los puntos de vista expresados no necesariamente representan
la opinión de la Dirección y Comité Editorial de esta revista.
Se autoriza la reproducción de los contenidos a condición de citar la fuente.

» Índice

Editorial

Los recién nacidos vulnerables
Mg. Rose Mari Soria **4**

Artículos originales

» Continuidad del cuidado: enfermero de enlace
Esp. Florencia Alderete..... 6

» Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal
Esp. Mario Roberto Sate, Lic. Pablo Andrés Salgado, Dra. Patricia Fabiana Gómez, Dra. María Cristina Cometto..... 10

» Revisando técnicas: monitorización transcutánea continua de CO_2 en recién nacidos
Esp. Virginia Carral..... 23

» La importancia de la implementación del *coaching* en enfermería
Esp. Lorena González, Prof. Lic. Miriam Di Loretto..... 29

» Propuesta de estandarización de etiquetado de medicamentos de alto riesgo: un instrumento para la mejora de calidad
Lic. Sabrina Medina, Dra. Elcira Olmedo, Enf. Patricia Ríos, Dra. Viviana Bruno 36

» Liderazgo genuino: un camino hacia la transformación del equipo de salud
Esp. Paola Belén Hernández..... 50

Comentarios de artículos

» Asociación del balance de líquidos con los resultados respiratorios a corto y largo plazo en recién nacidos extremadamente prematuros: análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado
Comentado por:
Dr. Eduardo Alberto Brunori..... 67

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

Editorial

LOS RECIÉN NACIDOS VULNERABLES

The vulnerable newborns

Os recém-nascidos vulneráveis

Los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer constituyen un grupo de alto riesgo en la población neonatal por la alta morbimortalidad asociada a su condición. En consecuencia, los enfermeros y enfermeras neonatales, permanentemente le dedicamos pensamiento y acción a implementar nuevas estrategias de cuidado que contribuyan a la sobrevida y la salud de estos recién nacidos.

El cuidado basado en la mejor evidencia disponible es fundamental luego del nacimiento y establece una diferencia significativa en cuanto al crecimiento y desarrollo en los neonatos que han llegado demasiado pronto o con muy bajo peso. Sin embargo, no puede soslayarse que lo más oportuno es detectar y modificar el curso de un embarazo interceptando los mecanismos que pueden desencadenar un nacimiento de riesgo. La importancia del control prenatal es crucial dado que, al ofrecer diagnóstico, tratamiento y cuidados individualizados y específicos a la persona gestante, representa una valiosa oportunidad de prevenir los nacimientos de neonatos altamente vulnerables.

A nivel mundial el nacimiento y la sobrevida de un recién nacido están determinados por una multiplicidad de factores entre los que cabe mencionar la cultura, el medio ambiente, la situación política y económica, las condiciones sociosanitarias y el estado de derechos. Sin duda, en los recién nacidos más vulnerables estos determinantes coadyuvan para magnificar dicha vulnerabilidad.

En este año 2023, la revista *The Lancet* llevó a cabo el lanzamiento de una serie de cinco artículos sobre *Pequeños recién nacidos vulnerables*.[1] En ella se define quiénes forman parte de este grupo de recién nacidos, se presenta la evidencia respecto a intervenciones que pueden prevenir y/o mejorar su condición al nacimiento y se interpela a la sociedad en su conjunto respecto de actuar ahora en favor del derecho que tienen cada recién nacido y su familia de sobrevivir y prosperar en todo lugar del mundo.

La población de recién nacidos ha sido históricamente agrupada según el peso y la edad gestacional (EG), y en neonatología se han utilizado estos parámetros para clasificar a los recién nacidos, establecer criterios de riesgo, planificar el cuidado inicial y el seguimiento. A partir de la premisa que los recién nacidos pequeños para la EG, prematuros o de bajo peso son más vulnerables a enfermar, morir o presentar complicaciones graves a lo largo de su vida, la propuesta novedosa de esta serie es ubicarlos dentro de la siguiente tipología de vulnerabilidad que cruza las tres variables: recién nacido pequeño para la EG, prematuro no pequeño para la EG y prematuro pequeño para la EG.

Ahora bien, ¿por qué poner el énfasis en los recién nacidos vulnerables? A nivel mundial, sólo en el año 2020, de los países que reportaron cifras, uno de cada cuatro nacimientos fue un neonato con uno o varios de los criterios de vulnerabilidad y el 55,3 % de las muertes neonatales fueron recién nacidos vulnerables.

Además de la elevada mortalidad, sus reducidas posibilidades de supervivencia hacen que ellos y sus familias deban afrontar graves problemas a lo largo de la vida: malos resultados en el desarrollo neurológico, bajo rendimiento en lo educativo académico, así como un aumento sustancial del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles en la adultez.

Esta problemática impacta globalmente en el capital humano y a nivel mundial adquiere mayor repercusión en aquellos países que tienen las condiciones sociosanitarias más desfavorables. La *Revista Enfermería Neonatal* tiene como propósito contribuir al conocimiento del colectivo enfermero y ha querido hacerse eco de la exhortación al compromiso en favor de los recién nacidos vulnerables y sus familias.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.

Recomendamos enfáticamente a nuestros colegas y a todo el equipo de salud perinatal a tomar contacto con esta serie de documentos y consustanciarse del contenido que los expertos han desarrollado y argumentado magistralmente, donde se plantean las cuestiones clave: reconocer el problema, implementar intervenciones y aumentar la responsabilidad a nivel nacional e internacional de los diferentes estamentos de la gestión para el abordaje integral del problema.

Conocer la magnitud de la vulnerabilidad e implementar prácticas que tienen evidencia de ser eficientes y efectivas parece ser el punto de partida frente al desafío que representan los recién nacidos pequeños y vulnerables en el marco de una realidad sanitaria mundial cambiante y compleja.

Mg. Rose Mari Soria
Editora Asociada

Referencias

1. The Lancet Small Vulnerable Newborn Steering Committee. Serie The Lancet Small vulnerable newborns. May 2023. [Consulta: 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.thelancet.com/series/small-vulnerable-newborns

Cómo citar: Soria RM. Los recién nacidos vulnerables. Editorial. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2023;43:4-5.

Continuidad del cuidado: enfermero de enlace

Continuity of care: the liaison nurse

Continuidade do cuidado: o enfermeiro de ligação

Esp. Florencia Alderete°

RESUMEN

En los últimos sesenta años la tasa de mortalidad neonatal descendió aproximadamente un 50 % debido a la implementación de diferentes avances tecnológicos tales como el surfactante exógeno, la ventilación invasiva, la reanimación cardiovascular, la monitorización continua, y la medicina basada en la evidencia.[1] Esta disminución en la mortalidad neonatal modificó la morbilidad de los recién nacidos de alto riesgo, y dio origen a una nueva necesidad, la continuidad del cuidado al egreso institucional. Para satisfacer esta demanda, surge el enfermero de enlace, con un concepto complejo y multifacético, que busca acortar la brecha entre las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y el hogar.

Palabras clave: *recién nacido; recién nacido prematuro; planificación del alta; visita domiciliaria; telemedicina; rol de la enfermera.*

ABSTRACT

In the last sixty years, the neonatal mortality rate decreased by approximately 50% due to the implementation of different technological advances such as exogenous surfactant, invasive ventilation, cardiovascular resuscitation, continuous monitoring, and evidence-based medicine.[1] This decrease in neonatal mortality modified the morbidity of high-risk newborns, and gave rise to a new need, continuity of care upon institutional discharge. To satisfy this demand, the liaison nurse emerged, with a complex and multifaceted concept, which seeks to shorten the gap between the Neonatal Intensive Care Units and the home.

Keywords: *infant, newborn; infant, premature; patient discharge; house calls; telemedicine nurse's role.*

RESUMO

Nos últimos sessenta anos, a taxa de mortalidade neonatal diminuiu cerca de 50% devido à implementação de diferentes avanços tecnológicos, como surfactante exógeno, ventilação invasiva, reanimação cardiovascular, monitorização contínua e medicina baseada em evidências.[1] Essa diminuição na mortalidade neonatal modificou a morbidade dos recém-nascidos de alto risco, e deu origem a uma nova necessidade, a continuidade dos cuidados na alta institucional. Para satisfazer esta demanda surgiu o enfermeiro de ligação, com um conceito complexo e multifacetado, que procura encurtar a distância entre as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e o ambiente familiar.

Palavras chave: *recém nascido, recém-nascido prematuro, alta do paciente, visita domiciliar, telemedicina, papel do profissional de enfermagem.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal n43.01

Cómo citar: Alderete F. Continuidad del cuidado: enfermero de enlace. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2023;43;6-9.

° Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Jefe del turno tarde del Servicio de Neonatología del Sanatorio Trinidad Palermo, CABA, Argentina. ORCID: 0000-0003-1036-3879

Correspondencia: m.florenciaalderete@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 23 de septiembre de 2023.

Aceptado: 9 de octubre de 2023.

DESARROLLO

Argentina en el año 2021, registró 529 794 nacidos vivos, de los cuales el 7,3 % fueron recién nacidos con peso menor a los 2500 g, y el 8,8 % fueron recién nacidos menores a 37 semanas. La tasa de mortalidad infantil presentó un nuevo descenso y alcanzó un valor del 8 ‰ nacidos vivos. Esta tasa decreció a expensas del componente neonatal, ya que la mortalidad neonatal del 6,2 ‰, se redujo al 5,7 ‰ de los nacidos vivos.[2] Los avances tecnológicos tales como el surfactante exógeno, la ventilación invasiva, la reanimación cardiovascular, la monitorización, así como también la implementación de la medicina basada en la evidencia, posibilitaron este descenso.

Sin embargo, cuatro de cada diez recién nacidos prematuros menores a 1500 g sufren eventos adversos durante la internación neonatal que generan secuelas como ceguera, hipoacusia, fallo del crecimiento, retinopatía ocular del prematuro, insuficiencia intestinal y displasia broncopulmonar, entre otros. Es decir, el descenso en la mortalidad neonatal se acompañó de un incremento en la morbilidad de esta población.

Reconociendo el aumento en la morbilidad que genera la sobrevida de los recién nacidos prematuros en Argentina, se implementaron los consultorios de seguimiento, integrados por pediatras, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, estimuladores tempranos, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos y kinesiólogos, entre otros profesionales. Tienen como objetivo vigilar periódicamente los riesgos y atender preventivamente las patologías relacionadas con la prematurez, a corto, mediano y largo plazo, hasta los tres años de vida, y de ser posible, hasta la escolarización.

Sin embargo, estos no incluyen a todos los recién nacidos de alto riesgo egresados de la UCIN; quedan excluidos los recién nacidos con cardiopatías congénitas, con patologías quirúrgicas y aquellos que también presentan morbilidades. Si bien los consultorios de seguimiento logran acortar la brecha entre el hospital y la comunidad para los recién nacidos prematuros, así como lo estipula la Ley Nacional 25929, posee dos debilidades. Por un lado, no logra alcanzar a todos los recién nacidos de alto riesgo, y por otro lado, el seguimiento que propone no garantiza la continuidad del cuidado.[3]

La continuidad de los cuidados luego del alta hospitalaria es un estándar de calidad, y trabajar en la calidad total implica modificar el paradigma de atención y centrarse en las necesidades del paciente durante la internación y luego de ella. Para garantizar la continuidad en los recién nacidos de alto riesgo egresados de la UCIN, en países desarrollados emergió el enfermero de enlace. Esta nueva figura en el sistema de salud, mejora la satisfacción de los pacientes, reduce los costos en salud y las internaciones hospitalarias evitables.

El enfermero de enlace, es un concepto complejo, multifacético, y por lo tanto cuenta con múltiples definiciones. La figura del enfermero de enlace aparece por primera vez en el Reino Unido, en la década de los sesenta, como estrategia para reducir la brecha de atención que existía entre el alta hospitalaria y la atención en el hogar. A partir de ese momento, la función de enlace tomó múltiples nombres tales como servicio de enlace y asesoramiento al paciente, coordinador de cuidados de enfermería, enfermero navegante, enfermero de enlace y coordinador de altas.

En el año 1988, Jowett definió que el término enfermero de enlace se refería a la comunicación establecida entre el hospital y la comunidad ante el alta de un paciente, o a la figura de un enfermero que participaba activamente en el proceso de planificación del alta hospitalaria. En 1999, Dukker, Ros y Berns definieron al enfermero de enlace como el profesional especializado en alta hospitalaria, quien brinda cuidados trasmurales, con el objetivo de cerrar la brecha entre los cuidados hospitalarios especializados y los cuidados en el hogar.[4,5]

Olley et al., describen que las funciones del enfermero evolucionaron según las necesidades y los diferentes escenarios, pero que posee tres funciones fundamentales. La primera es facilitar los vínculos entre profesionales, servicios y sectores; la segunda es garantizar la continuidad de la atención, en ocasiones, brindando cuidados, y la tercera es apoyar y educar a otros profesionales de la salud. Aued et al., describen que el enfermero de enlace tiene como función la identificación del paciente que requiere enlace, la planificación del alta hospitalaria y la trasferencia de las informaciones entre el hospital y los demás servicios, mientras que Chaboyer et al., aporta que el enfermero enlazador tiene como objetivo general, gestionar todos los aspectos de la transición desde el hospital al hogar y cuatro categorías de actividades: apoyo y educación del personal, evaluación del servicio y enlace con la comunidad, atención y apoyo del paciente, y educación y apoyo de la familia.[6-8]

Las competencias de enfermería envuelven un conjunto complejo de habilidades tales como las características personales, las actitudes profesionales, los valores y los conocimientos. Las competencias requeridas para desarrollar el rol de enfermero de enlace

son: competencias relacionadas al cuidado del paciente, competencias relacionadas con las características personales del profesional y competencias de gestión.

En relación a las competencias de cuidado del paciente, el enfermero de enlace debe tener juicio clínico, visión holística y velar por las necesidades del paciente. Con respecto a las competencias relacionadas con las características personales, el enfermero debe ser creativo, manejar el estrés y establecer prioridades. Y, en cuanto a la capacidad de gestión, el enfermero enlazador tendrá habilidades de liderazgo, flexibilidad, comunicación asertiva y divulgación de la información.[9]

En el mundo, la continuidad del cuidado a través del enfermero de enlace fue implementado principalmente en la población adulta y pediátrica, y escasamente en la neonatal. Sin embargo, esta última población tiene características particulares que ameritan su implementación. El nacimiento antes de tiempo genera conmoción en los padres al ver a su hijo recién nacido pequeño y vulnerable, conectado a cables y equipos, y en un ambiente que dista mucho del ambiente hogareño. Este evento inesperado representa una crisis para la familia, que genera modificaciones en el vínculo familia-recién nacido.

Sin embargo, la Unidad de Neonatología puede convertirse en un lugar reconfortante y acogedor, si quienes atienden las necesidades de las familias, son atentos, compasivos, y generan una sociedad de cuidado con los padres del recién nacido. Una sociedad de cuidado en la que se reconoce que la familia tiene la mayor influencia sobre la salud, el desarrollo y el bienestar del neonato. En esta sociedad los padres participan activa y progresivamente en los cuidados de su hijo. Sin embargo, esta participación y protagonismos en el cuidado no logran disminuir el estrés que genera la internación prolongada neonatal, ni mucho menos la incertidumbre generalizada que provoca el momento del alta hospitalaria.

El alta hospitalaria representa la transición de ser padres de un neonato internado en la UCIN a ser padres en el hogar de un recién nacido egresado de la UCIN. Esta transición del rol parental genera estrés en los padres, ya que se enfrentan al desafío de cuidar a sus hijos sin la experiencia ni el apoyo del enfermero. El estrés, definido como la reacción de un individuo a las demandas del medio, afecta el aprendizaje, la memoria y la capacidad de actuar de los padres durante la internación neonatal y meses posteriores al alta hospitalaria. Por lo tanto, la preparación para el alta por sí sola no asegura que los padres asimilen todos los contenidos y que ejerzan con confianza su rol parental. El enfermero de enlace, garantiza la continuidad del cuidado, acompaña a las familias en el ejercicio de su rol en el hogar y disminuye el estrés que genera la incertidumbre de cuidar a un hijo egresado de la UCIN.[10]

Existen diferentes formas de implementar esta nueva estrategia de salud: visitas domiciliarias o telemedicina. En las primeras, las familias reciben la visita del enfermero enlazador en el hogar varias veces por semana. Durante las visitas el profesional resuelve dudas de los padres en relación al cuidado del recién nacido y comparte la evaluación del estado general del mismo. Sin embargo, esta estrategia requiere de mayor tiempo y costos debido a la necesidad de traslado del enfermero.

Con respecto a la telemedicina, definida como el uso de tecnología de comunicación electrónica para brindar atención al paciente a distancia, las familias se contactan a través de llamadas telefónicas, mensajes o videollamadas. Al igual que las visitas a domicilio el enfermero de enlace despeja inquietudes de las familias, pero solo comparte la evaluación del estado general del recién nacido cuando el enlace se realiza a través de videollamada. No obstante la telemedicina requiere de familias y personal entrenado en el uso de tecnologías de la comunicación, así como también de conectividad. Ambas estrategias favorecen el bienestar de los padres, disminuyen el número de visitas programadas o de emergencia, y los costos en salud. [11-13]

CONCLUSIÓN

La implementación del enfermero de enlace podría convertirse en el puntapié inicial para múltiples programas de alta temprana, que eviten las hospitalizaciones innecesarias y que favorezcan la unión del recién nacido y su familia, tal como lo recomienda la Convención de Naciones Unidas. Es una valiosa oportunidad para visibilizar, jerarquizar y empoderar el rol de enfermero educador en la comunidad.

REFERENCIAS

1. Martínez JL. Historia de la neonatología y los desafíos del siglo XXI. *Rev Med Clin Condes.* 2008 Jul;19(3): 152-57. [Consulta: 21 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-historia-neonatologia-desafios-del-siglo-X0716864008321665.

2. DEIS. Anuario Estadístico. Buenos Aires: Ministerio de Salud. República Argentina [Internet]. Dic 2019. [Consulta: 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf

3. Ortiz Z, Perrota C, Bauer G, Martínez Cáceres MJ. Derecho 7: a acceder a programas integrales de seguimiento. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [Internet]. 2012 Nov. [Consulta: 22 de octubre de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/guiaderecho_web-seguimiento.pdf

4. Jowett S, Armitage S. Hospital and community liaison links in nursing: the role of the liaison nurse. *J Adv Nurs.* 1988 Sep;13(5):579-87.

5. Dukkers van Emden DM, Ros WJ, Berns MP. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in The Netherlands. *J Adv Nurs.* 1999 Nov;30(5):1186-94.

6. Olley H, Psaila K, Fowler C, Kruske S, et al. 'Being the bridge and the beacon': a qualitative study of the characteristics and functions of the liaison role in child and family health services in Australia. *J Clin Nurs.* 2017 Jan;26(1-2):91-102.

7. GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019 Aug 19;27:e3162.

8. Chaboyer W, Foster MM, Foster M, Kendall E. The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004 Apr;20(2):77-86.

9. Aued GK, Bernardino E, Silva OBMD, Martins MM, et al. Liaison nurse competences at hospital discharge. *Rev Gaucha Enferm.* 2021 Sep 13;42(spe): S1983-14472021000200420. English, Portuguese.

10. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 2016;(16):230-244.

11. Brødsgaard A, Zimmermann R, Petersen M. A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care. *J Spec Pediatr Nurs.* 2015 Oct;20(4):232-43.

12. Tan K, Lai NM. Telemedicine for the support of parents of high-risk newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jun 13;2012(6):CD006818.

13. Robinson C, Gund A, Sjöqvist BA, Bry K. Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits. *Acta Paediatr.* 2016 Aug;105(8):902-9.

Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal

Profile and critical skills of the nursing professional in neonatal intensive care units

Perfil e competências críticas do profissional de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal

Esp. Mario Roberto Sate°, Lic. Pablo Andrés Salgado°°, Dra. Patricia Fabiana Gómez °°°, Dra. María Cristina Cometto °°°°

RESUMEN

Introducción: El perfil y las competencias críticas del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son de suma importancia para garantizar la atención especializada y de calidad a los recién nacidos en situación crítica.

Objetivo: Identificar el perfil y las competencias críticas de los profesionales de enfermería que trabajan en la UCIN.

Método: Estudio descriptivo, transversal. Se encuestó a profesionales de enfermería de cuatro hospitales públicos; se autoadministró un instrumento donde se relevaron el perfil y las competencias críticas.

Resultados: Se incluyeron 147 profesionales; 135 (91,8 %; IC95% 86,6-95,5) son mujeres, la edad promedio agrupada hasta los 39 años corresponde al 48,3 % (IC95% 40,3-56,3). **Formación:** el 57,8 % son enfermeros/as; el resto, licenciados/as; el 8,2 % tienen postgrado en cuidados críticos. **Competencias críticas:** el 63,9 %-34,7 % (siempre/casi siempre) usan pensamiento crítico, y desarrollan ideas innovadoras para resolver problemas. El 72,1 % respondió que resuelve problemas interpersonales/personales casi siempre; el 78,2 % anima/motiva al equipo (siempre/casi siempre). **Gestión de cuidados:** predomina planificar y priorizar las necesidades del paciente en el 76,9 % (siempre) y el valor menor fue el 21,1 % para el liderazgo de equipo. Ejecuta intervenciones basadas en evidencia un 45,6 % (siempre), y el 63,3 % utiliza eficientemente los diferentes recursos. Más del 90 % tiene comunicación efectiva.

° Licenciado en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidados del Paciente Crítico. Docente Adscrito, Cátedra Bases Conceptuales de Enfermería. Doctorando en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. ORCID: 0000-0002-2636-0982

°° Licenciado en Ciencias Biológicas. Prof. Adjunto, Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria. FOUBA. Prof. Adjunto, Cátedra de Microbiología y Parasitología. Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística. Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Coordinador de Epidemiología Clínica y Evidencia (GIECE), Instituto de Investigaciones en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. ORCID: 0000-0003-4232-7178

°°° Dra. en Ciencias de la Salud. Especialista en Psicología Clínica. Especialista en Clínica. Profesora Adjunta de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba. ORCID: 0000-0002-8731-6141

°°°° Dra. en Ciencias de la Salud. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Escuela de Enfermería. Escuela de Salud Pública. Prof. Titular. Directora de la Especialidad en Enfermería en Cuidados del Paciente Crítico. Universidad Nacional de Córdoba. ORCID: 0000-0003-4185-2608

Correspondencia: mario.sate@mi.unc.edu.ar

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 30 de junio de 2023.

Aceptado: 19 de septiembre de 2023.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0

Conclusión: El perfil sigue siendo altamente feminizado y precarizado en formación con relación a todas las actividades que desarrollan. Con relación a las competencias, se observa una puntuación media y alta en todas las dimensiones, reforzando la crítica ya señalada a las deficientes condiciones laborales en que se desempeñan los profesionales.

Palabras clave: *perfil de enfermería, competencias críticas, unidades de cuidado intensivo neonatal.*

ABSTRACT

Introduction: The profile and critical competencies of the nursing professional in the neonatal intensive care unit (NICU) are of utmost importance to guarantee specialized and quality care for critically ill newborns.

Objective: Identify the profile and critical skills of nursing professionals working in the NICU.

Method: Descriptive, cross-sectional study. Nursing professionals from 4 public hospitals were surveyed; a self-administered instrument was used to assess the profile and critical competencies.

Results: 147 professionals were included; 135 (91.8%; 95%CI 86.6-95.5) are women, the grouped average age up to 39 years corresponds to 48.3% (95%CI 40.3-56.3). Training: 57.8% are nurses, the rest have postgraduate degrees; 8.2% have a postgraduate degree in critical care. Critical competencies: 63.9% - 34.7% (always-almost always) use critical thinking and develop innovative ideas to solve problems; 72.1% responded that they almost always solve interpersonal/personal problems; 78.2% encourage/motivate the team (always/almost always). **Care management:** planning and prioritizing the patient's needs predominates in 76.9% (always) and the lowest value was 21.1% for team leadership; 45.6% execute evidence-based interventions (always), and 63.3% use different resources efficiently. More than 90% have effective communication.

Conclusion: The profile continues to be highly feminized and precarious in training in relation to all the activities they perform. In relation to competencies, a medium and high score is observed in all dimensions, reinforcing the criticism already mentioned of the poor working conditions in which professionals work.

Keywords: *nursing profile, critical competencies, neonatal intensive care units.*

RESUMO

Introdução: O perfil e as competências críticas do profissional de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) são de extrema importância para garantir o atendimento especializado e de qualidade aos recém-nascidos em situação crítica. Objetivo: Identificar o perfil e as competências críticas dos profissionais de enfermagem que trabalham na UTIN.

Método: Estudo descritivo, transversal. Profissionais de enfermagem de quatro hospitais públicos foram entrevistados; foi auto aplicado um instrumento onde foram levantados o perfil e as competências críticas.

Resultados: Foram incluídos 147 profissionais; 135 (91,8%; IC95% 86,6-95,5) são mulheres, a idade média agrupada até 39 anos corresponde a 48,3% (IC95% 40,3-56,3). Formação: 57,8% são enfermeiros/as, os demais são licenciados/as, 8,2% têm pós-graduação em cuidados críticos. Competências críticas: 63,9% - 34,7% (sempre-quase sempre) utilizam pensamento crítico e desenvolvem ideias inovadoras para resolver problemas. 72,1% responderam que quase sempre resolvem problemas interpessoais/pessoais, 78,2% incentivam/motivam a equipe (sempre/quase sempre). **Gestão de cuidados:** predomina o planejamento e priorização das necessidades do paciente em 76,9% (sempre) e o menor predomínio foi de 21,1% para liderança de equipe. Executam intervenções baseadas em evidências em 45,6% (sempre), e 63,3% utilizam eficientemente os diferentes recursos. Mais de 90% têm comunicação efetiva.

Conclusão: O perfil continua altamente feminizado e precarizado na formação em relação a todas as atividades que desenvolvem. Em relação às competências, observa-se uma pontuação média e alta em todas as dimensões, reforçando a crítica já apontada às condições de trabalho deficientes em que os profissionais atuam.

Palavras-chave: *perfil de enfermagem, competências críticas, unidades de terapia intensiva neonatal.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n43.02

Cómo citar: Sate MR, Salgado PA, Gómez PF, Cometto MC. Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidado intensivo neonatal. *Rev Enferm Neonatal*. Diciembre 2023;43:10-22.

INTRODUCCIÓN

El perfil y las competencias del enfermero de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN) son de suma importancia para garantizar la atención especializada y de calidad a los recién nacidos (RN) en situación crítica. Estas habilidades y conocimientos específicos permiten al enfermero desempeñar un papel fundamental en la atención integral y el cuidado de los neonatos en la UCIN. Implica tener una excelente formación en enfermería, con conocimientos especializados en neonatología y cuidados intensivos. Es necesario contar con una sólida base científica, comprender la fisiología neonatal y las patologías propias de esta población, así como dominar las técnicas y procedimientos específicos requeridos en la UCIN.

Las competencias del enfermero van más allá de los conocimientos técnicos y se extienden a habilidades emocionales y de comunicación. La capacidad para establecer una relación terapéutica con los padres y familiares del neonato es esencial, ya que ellos necesitan comprensión, apoyo y orientación mientras atraviesan la situación de tener un hijo enfermo. Además, el enfermero de UCIN debe ser capaz de trabajar en equipo de manera colaborativa con otros profesionales de la salud, como médicos, terapeutas y personal auxiliar, para brindar una atención integral y coordinada.

La capacidad de tomar decisiones rápidas y precisas, así como gestionar situaciones de emergencia, también es fundamental en el perfil. La UCIN es un entorno de alta presión donde las condiciones clínicas de los neonatos pueden cambiar rápidamente, por lo que la capacidad de respuesta ágil y eficiente es esencial para brindar una atención oportuna y adecuada.

En este marco, se plantea esta investigación, que aborda las categorías de perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las UCIN de la ciudad de Córdoba, capital de la provincia de Córdoba, Argentina.

El profesional de enfermería es capaz de brindar cuidados a personas y comunidades, desde los diferentes roles que asume en el sistema de salud.[1] En su tarea cotidiana en la UCIN, el enfermero intensivista debe aplicar sus conocimientos y demostrar sus habilidades para ofrecer siempre una atención segura a los pacientes.

Por lo tanto, en este escenario de acciones y cuidados extremadamente especializados, es fundamental el desarrollo de competencias técnico-científicas para la atención en el proceso de salud-enfermedad, teniendo en cuenta también los aspectos de orden biológico, social y humanitario.[2] Las UCIN requieren un perfil profesional diferenciado para brindar una atención de calidad y condiciones de trabajo adecuadas, lo que lleva a una transformación de las prácticas de atención y gestión.[3]

Recientemente un estudio multicéntrico sobre el perfil profesional y condiciones de trabajo de los enfermeros que actúan en unidades de cuidados intensivos, mostró que sólo el 33,6 % de los profesionales poseía título de especialización en cuidados intensivos.[3]

Las habilidades que más se pusieron en práctica fueron la comunicación (68,5 %) y la gestión del cuidado (78,5 %). La relación enfermera-paciente más predominante fue de 1:2 y superiores a 1:6. El 59,1 % de los enfermeros tenían contrato indefinido, el 38,8 % trabajaba 48 horas semanales y el 49,8 % tenía turnos rotativos. Sólo el 50,4 % de ellos recibió incentivos. El salario medio osciló entre 348 y 1500 USD. El 64,5 % de los participantes se mostró satisfecho con su trabajo. Concluye que es necesario fortalecer el perfil profesional del enfermero y promover tanto la formación de posgrado como el desarrollo de habilidades de solución de problemas y el trabajo en equipo. Es necesario sistematizar la relación enfermera-paciente, mejorar los salarios y aumentar los incentivos para lograr una mayor satisfacción laboral.

La investigación titulada “Desempeño laboral y condiciones de trabajo del profesional de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Cajamarca - 2018” realizada por Escalante et al., tuvo como objetivo determinar la relación entre desempeño laboral y condiciones de trabajo del profesional de enfermería en el servicio de neonatología. En cuanto al desempeño laboral y su relación con las condiciones de trabajo existe una baja correlación directa y significativa al 5 % entre ambas variables, con una correlación de Pearson de 0,303 y un valor p de 0,021.[4]

También, se analizaron las condiciones laborales de los/as enfermeros/as de la Ciudad de Buenos Aires para mostrar la relación entre la feminización y la precarización de la fuerza de trabajo. Finalmente, relevó la persistencia de la precarización en dicho sector, a pesar de los procesos de contrarreformas laborales y revitalización sindical; así, concluyó que las representaciones vigentes sobre las mujeres en espacios de trabajo explican –en parte– la falta de reconocimiento económico y social de la labor en enfermería.[5] Otro estudio puso en evidencia, que las enfermeras de la UCIN tenían un salario inadecuado, horas de trabajo y número de pacientes por enfermera elevadas; la gran carga de trabajo y el fracaso en el tratamiento de los pacientes se asociaron significativamente con el nivel moderado de estrés entre las enfermeras de cuidados intensivos.

Así, el nivel de estrés ocupacional se vio afectado por el género, el número de hijos, los años de experiencia en cuidados intensivos y el tipo de jornada laboral.[6]

Un entorno de práctica profesional en enfermería es el que promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes y de sus profesionales. Construir entornos positivos fomenta la excelencia de la organización, optimiza los resultados y mejora la percepción y satisfacción del usuario.[7]

Es necesario comprender la experiencia del personal y las opiniones sobre el entorno para optimizar el ambiente de la UCI, los resultados de los pacientes y el bienestar del personal;[8] con demasiada frecuencia, la fuerza laboral del primer nivel de atención tiene niveles más bajos de capacitación, remuneración, reconocimiento y acceso a recursos clínicos que sus colegas subespecialistas y el personal que se desempeña en el hospital.

Esto puede comprometer la calidad y contribuir a un alto nivel de agotamiento entre los trabajadores de salud del primer nivel de atención, además de obstaculizar su captación y retención. Tales brechas han generado la reivindicación de mejores condiciones de empleo para estos trabajadores (Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018). Las enfermeras necesitan competencias profesionales para una atención segura y eficaz.[9]

Diversos autores han explorado la combinación de competencias necesarias para garantizar un cuidado seguro y de calidad realizado por las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).[10] La competencia de enfermería incluye las habilidades básicas que se requieren para cumplir con el rol de una persona como enfermera.[11] El objetivo de este trabajo fue analizar las diferentes dimensiones de los profesionales del personal de enfermería en servicios de neonatología de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal: Se aplicaron una encuesta cerrada autoadministrada para describir el perfil sociodemográfico y profesional, e instrumentos validados para evaluar las competencias profesionales.

Población y muestra

Se encuestaron a los profesionales de enfermería que se desempeñaban en el área de las unidades de cuidados intensivos neonatales de los hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba durante los años 2020 y 2021. Los hospitales fueron: Maternidad provincial Dr. Raúl Felipe Lucini, Hospital Materno Neonatal Ministro Dr. Ramón Carrillo, Hospital Misericordia Nuevo Siglo y Hospital Florencio Díaz.

Se obtuvo autorización para tener acceso a los Servicios de Neonatología, dado que la aplicación de la encuesta se llevó a cabo durante la pandemia de COVID-19. Una vez obtenidas las autorizaciones, se entregaron 230 encuestas junto a un consentimiento informado en soporte papel a los profesionales de enfermería de los 4 hospitales que se encontraba trabajando (mañana, tarde y noche). Luego se retiraron personalmente, y se entregó la encuesta a aquellos que habían estado de franco.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Profesionales de enfermería que se desempeñaban operativamente trabajando en los servicios de cuidados intensivos neonatal de los hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, aceptaron participar de la investigación en forma voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Profesionales de enfermería que estaban trabajando temporalmente como reemplazo en el servicio o que se encontraban bajo licencia especial por confinamiento obligatorio (COVID-19).

INSTRUMENTOS, VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Para la recolección de la información se aplicó una encuesta en soporte papel, individual, autoadministrada que fue entregada al profesional encuestado. Para esto se utilizó un instrumento cuya función es analizar el perfil profesional y las competencias de los enfermeros. En todos los casos se operacionalizó el instrumento y las dimensiones de los constructos, según el manual de procedimiento definido y validado por los autores. El instrumento empleado fue autorizado por sus correspondientes autores (vía correo electrónico).

Instrumento: Perfil profesional y competencias críticas de los enfermeros en las unidades de cuidado intensivo

Características sociodemográficas

- Edad en años cumplidos.
- Sexo: femenino/ masculino.
- Estado civil: soltero, casado, divorciado, unión convivencial.

- Número de hijos: 1, 2, 3 o más, no tiene.

Descripción institucional

- Tipo de Unidad: UTIN/UCIN.
- Nivel de complejidad: segundo nivel / tercer nivel.
- Cobertura de la institución: provincial, regional, nacional, internacional.
- Número de camas: hasta 10, de 11 a 20, de 21 a 30.

Perfil profesional

- Nivel de formación: profesional, licenciatura, posgrado en cuidados críticos, posgrado en otras áreas.
- Años de experiencia en la unidad de cuidado intensivo neonatal: hasta 5 años, 6-9 años, 10 años o más.
- Actividades de desempeño: asistencia, administración, educación, investigación.
- Las actividades que desempeña en su unidad de cuidado intensivo ¿son acordes a su formación?
- Porcentaje que usted le asigna a las actividades que desempeña: asistencia (al paciente, a la familia), administración, educación, investigación.

Competencias críticas del profesional

Compuesto por 5 dimensiones con 14 preguntas en escala Likert (nunca, pocas veces, casi siempre, siempre).

Las dimensiones son: resolución de problemas (2 preguntas), trabajo en equipo (3 preguntas), gestión del cuidado (5 preguntas), comunicación (2 preguntas) y desarrollo personal (3 preguntas).

Análisis estadístico

Se organizó una base de datos en una hoja de cálculos de Microsoft Excel con la información recogida. Los datos de perfil y sociodemográficos, se analizaron mediante análisis estadístico descriptivo. Las variables cuantitativas se resumieron en promedios, desviación estándar, intervalos de confianza del 95 % (IC95%), medidas de dispersión (primer cuartil o percentil 25 y tercer cuartil o percentil 75) y valores mínimos y máximos. Las variables cualitativas se analizaron como frecuencias y porcentajes. Para el análisis estadístico se usó el test t de Student para muestras independientes y ANOVA de un factor para las variables cuantitativas. Para comparar los puntajes para los mismos encuestados se usó test de Student para muestras relacionadas, ANOVA de medidas repetidas y/o test de Wilcoxon y pruebas de Friedman respectivamente en caso de no cumplir con los supuestos de las pruebas paramétricas. En el caso de las cualitativas se usó el test del chi cuadrado para comparación de proporciones. La relación entre variables cuantitativas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson y /o Spearman.

Todos los análisis se realizaron con un error tipo I del 5 %, con el IC95% asociado a cada parámetro; se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 27.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigaciones en Salud (CIEIS) de Córdoba, los Comités de Capacitación y Docencia de cada institución, el Ministerio de Salud, el jefe de hospitales de la ciudad de Córdoba y por los respectivos autores de los instrumentos a aplicar. Se tuvieron en cuenta las diferentes declaraciones, normas y resoluciones que reglamentan la investigación en salud de los Artículos 58 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación "Consentimiento Informado para actos médicos e investigaciones en salud".

RESULTADOS

Las encuestas completadas correctamente por los profesionales de enfermería y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión fueron 147 en el período de abril del 2020 hasta diciembre del 2021, con una tasa de respuesta del 63,9 % (147/230).

Perfil profesional

Descripción de la muestra

En la *Tabla 1* se muestra la caracterización demográfica del total de personal de enfermería que participó en el estudio (n: 147). El 91,8 % (86,6-95,5) fueron mujeres y el 8,2 % (4,5-13,4) representan en minoría al sexo masculino. El 48,3 % (40,3-56,3) tenía una edad promedio agrupada hasta los 39 años, y el resto (44,7 %) tenía 40 años o más, Respecto a su estado civil, el 51,7 % (43,7-59,7) correspondió a casado/a o en unión convivencial; sin hijos representó el 32 % (24,8-39,8).

Con respecto a la edad, se observa una diferencia de edad promedio de 4 años entre el sexo femenino y masculino con un IC95% de la diferencia de medias que va de -1 año a 9 años, sin significación estadística ($p = 0,14$) (*Tabla 2*).

En la *Tabla 3*, los resultados se expresan en frecuencias. El 57,8 % fueron enfermeros/as profesionales y

el 26,5 %, licenciados/as en enfermería, de los cuales el 8,2 % tenían un postgrado en cuidados críticos. El 46,9 % tenía experiencia laboral de 10 años o más en el área de cuidados críticos.

En su mayoría, respondieron que su formación era acorde a su función (91,2 %).

El 58,5 % mencionó que el cuidado de pacientes constituía el 70 % o más de su actividad mientras que el 41,5 % dedicaba a esa tarea menos del 70 % de su tiempo.

Prácticamente el total (99,3 %) realizaba tarea asistencial, seguidas de actividades relacionadas a la educación y a la investigación.

Competencias críticas del profesional

En la *Tabla 4*, se muestra que el 63,9 % (siempre) y el 34,7 % (casi siempre) usaba el pensamiento crítico como herramienta de resolución de problemas. De manera similar, se concentraron las frecuencias y porcentajes (siempre y casi siempre) en el desarrollo de ideas innovadoras para resolver un problema.

Tabla 1. Caracterización de la muestra (N: 147)

Variables demográficas		Frecuencia	%	IC95%	
Sexo	Femenino	135	91,8	86,6	95,5
	Masculino	12	8,2	4,5	13,4
Grupo etario	Hasta 39 años	71	48,3	40,3	56,3
	40 a 49 años	48	32,7	25,5	40,5
	50 años o más	28	19,0	13,3	26,0
Tipo de unión	Soltero/a	62	42,2	34,4	50,2
	Casado/a o unión convivencial	76	51,7	43,7	59,7
	Divorciado/a	9	6,1	3,1	10,9
Número de hijos	Sin hijos	47	32,0	24,8	39,8
	1 hijo	35	23,8	17,5	31,2
	2 hijos	41	27,9	21,1	35,5
	3 o más	24	16,3	11,0	22,9

IC95%: intervalo de confianza del 95 %.

Tabla 2. Edad (años) de los encuestados por sexo

Sexo	N	Media	Mínima	Máxima	DE	IC95%	
						Límite inferior	Límite superior
Femenino	135	40,6	24	60	9,1	39,1	42,2
Masculino	12	36,7	27	50	6,2	32,7	40,6
Total	147	40,3			8,9	38,9	41,8

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95 %.

En la *Tabla 5*, puede observarse el mayor porcentaje de enfermeros/as que realizaba *feedback* a los compañeros: 68,7 % (siempre y casi siempre) vs. 26,5 % (pocas veces). Con respecto a si resolvía los problemas interpersonales o personales, el 72,1 % respondió (siempre y casi siempre). Dentro de la capacidad de animar y motivar a los miembros del equipo, el 78,2 % respondió que siempre y casi siempre lo hacía.

Según se observa en la *Tabla 6*, la distribución de frecuencias y porcentual de gestión de cuidados, predo-

Tabla 3. Perfil de los profesionales (N: 147)

Perfil de los profesionales		Frecuencia	%
Formación	Profesional	85	57,8
	Licenciatura	39	26,5
	Posgrado en cuidados críticos	12	8,2
	Posgrado en otras áreas	11	7,5
Experiencia laboral	Hasta 5 años	42	28,6
	6-9 años	36	24,5
	10 años o más	69	46,9
Formación acorde a su función	Sí	134	91,2
	No	13	8,8
Cuidado directo del paciente	70 % o más del tiempo	86	58,5
	Menos del 70 % del tiempo	61	41,5
Actividades desempeñadas en el cargo	Asistencia	146	99,3
	Educación	42	28,6
	Investigación	39	26,5
	Administración	23	15,60

Tabla 4. Resolución de problemas

Resolución de problemas		Frecuencia	%
Pensamiento crítico como herramienta de resolución de problemas	Nunca	1	0,7
	Pocas veces	1	0,7
	Casi siempre	51	34,7
	Siempre	94	63,9
Desarrolla ideas innovadoras para resolver un problema	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	22	15,0
	Casi siempre	75	51,0
	Siempre	50	34,0

mina en la dimensión "Planificar y priorizar las actividades a realizar de acuerdo con las necesidades del paciente" con el 76,9 % (siempre) y con menos predominio, el 21,1 %, en la dimensión de "Liderazgo de equipo de trabajo orientando las actividades hacia el cumplimiento de los estándares de cuidado". En la dimensión: "Ejecuta intervenciones de cuidado basadas en la evidencia" un 45,6 % respondieron siempre, siendo mayor este porcentaje en la dimensión "Utiliza de manera eficiente los diferentes recursos de su unidad" con un 63,3 %.

En la *Tabla 7,* si se agrupa el porcentaje siempre y casi siempre, ambas dimensiones se comunicaban de forma efectiva en más del 90 %, pocas veces y nunca, menos del 10 %.

En la *Tabla 8*, para la dimensión "Es capaz de reflexionar sobre su actuar e identificar posibilidades de mejoramiento en su práctica profesional" respondió siempre, un 63,9 % y para la misma categoría en la dimensión "Busca oportunidades de recursos formativos y educativos que le permitan un desarrollo profesional permanente" fue del 44,2 % y más bajo en "Participa en redes, asociaciones y organizaciones locales, nacionales o internacionales, relacionadas con la enfermería de cuidados intensivos" con 17,0 %, siendo la más frecuente la categoría "pocas veces" con un 44,9 % .

DISCUSIÓN

Se evidenció que en cuanto al perfil sociodemográfico (sexo y grupo etario) y laboral de los profesionales de la enfermería, el sexo predominante fue el femenino con un 91,8 %; de igual manera, el grupo etario de 39 años o menos fue el más frecuente con un 48,3 %, siendo casados el 51,7 %, y sin hijos un 32 %. Estos datos se pueden comparar con los expuestos por Stalpers y cols.,[12] en el cual el 77,9 % fueron enfermeras, al igual que en el registro de Muñoz y cols.,[13] con el 80,8 % de mujeres, siendo el 39,2 % menores de 45 años, en contraste con el presente estudio ya que predominaron los trabajadores solteros con el 38,3 %, al igual que lo manifestado con respecto a los hijos donde en ese análisis el 69,2 % refirió tener entre 1 y 3 hijos.

En este orden de ideas, Shalaby y cols.,[14] mostraron que el 87 % de los trabajadores de enfermería fueron mujeres, con predominio del grupo etario de 41 a 50 años, una media mayor que lo encontrado en el presente reporte. Del mismo modo, el estado civil más frecuente fue el de casado con el 53,8 % comparable a lo expuesto en este estudio, mientras que en un registro hecho por Wihardja y cols.,[15] se encontró que al igual que en este estudio el grupo etario predominante fue el de 20 a 40 años con un 72,9 %, con da-

Tabla 5. Trabajo en equipo

Trabajo en equipo		Frecuencia	%
Capacidad de animar y motivar a los miembros del equipo	Nunca	1	0,7
	Pocas veces	31	21,1
	Casi siempre	66	44,9
	Siempre	49	33,3
Resuelve los problemas interpersonales o personales	Nunca	2	1,4
	Pocas veces	39	26,5
	Casi siempre	71	48,3
	Siempre	35	23,8
Realiza *feedback* a los compañeros	Nunca	7	4,8
	Pocas veces	39	26,5
	Casi siempre	50	34,0
	Siempre	51	34,7

tos similares en cuanto al estatus marital en donde el 78,3 % estaba casado.

Respecto al perfil profesional, es relevante resaltar que solamente el 8,2 % de los profesionales de enfermería que trabajan en UCI cuentan con un título de especialización, lo que puede estar relacionado con factores como la disponibilidad de programas académicos, sus costos, la limitación de tiempo y el reconocimiento económico y diferenciado asociado con la educación de posgrado (Achury Saldaña et al., 2022).[3] Es relevante mencionar que en Perú y Brasil existe una tendencia creciente hacia la formación en cuidados intensivos. Esto concuerda con el hallazgo de un 86,4 % reportado en Brasil por Maurício et al.;[16] sin embargo, no se alinea con los resultados obtenidos por Gallegos Pacheco[17] en Perú, quien solo identificó un informe que indicaba que el 23 % de los especialistas estaban registrados en bases de datos nacionales.

En lo que se refiere al servicio de enfermería en neonatología (UTIN-UCIN) se observa que el 68 % trabajaba en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), el 15 % en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), mientras que el 17 % trabajaba en ambas unidades debido a la rotación dentro del servicio. En cuanto al nivel de complejidad la mayoría se desempeñaba en el nivel 3 que corresponde al 92,5 % del

Tabla 6. Gestión de cuidados

Gestión de cuidados	Frecuencia	N	%
Planea el cuidado de los pacientes de forma efectiva y eficiente	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	1	0,7
	Casi siempre	55	37,4
	Siempre	91	61,9
Planifica y prioriza las actividades a realizar de acuerdo con las necesidades del paciente	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	2	1,4
	Casi siempre	32	21,8
	Siempre	113	76,9
Lidera su equipo de trabajo orientando las actividades hacia el cumplimiento de los estándares de cuidado	Nunca	16	10,9
	Pocas veces	53	36,1
	Casi siempre	47	32,0
	Siempre	31	21,1
Ejecuta intervenciones de cuidado basadas en la evidencia	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	12	8,2
	Casi siempre	68	46,3
	Siempre	67	45,6
Utiliza de manera eficiente los diferentes recursos de su unidad	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	5	3,4
	Casi siempre	49	33,3
	Siempre	93	63,3

personal de enfermería, con una cobertura provincial en el 86,4 % de los casos; el 36,1 % debía laborar en unidades de 21 a 30 camas, datos comparables a los reportados por Guerra y cols., en que, del total de enfermeros encuestados, el 20,83 % trabajaba solo en UCIN.[18] Un reporte hecho por Aragão y cols.,[19] encuentra que el 51 % trabajaba en UCIN y UCI, donde el 55,6 % tenía más de 10 pacientes a su cargo.

De igual forma, en los resultados sobre las actividades que desempeña en el cargo, se observa un cuidado del paciente en la mayor proporción de los profesionales de enfermería; sin embargo, el cuidado directo de la familia, actividades administrativas, educativas e investigativas solo eran realizadas por la minoría. La observación de que la mayoría de los trabajadores de enfermería se dedica principalmente al cuidado directo del paciente

Tabla 7. Comunicación

Comunicación	Frecuencia	N	%
Se comunica y colabora de forma efectiva con el equipo multidisciplinar	Nunca	1	0,7
	Pocas veces	10	6,8
	Casi siempre	59	40,1
	Siempre	77	52,4
Se comunica de forma efectiva con los pacientes y sus familiares	Nunca	1	0,7
	Pocas veces	12	8,2
	Casi siempre	52	35,4
	Siempre	82	55,8

Tabla 8. Desarrollo personal

Desarrollo personal	Frecuencia	N	%
Es capaz de reflexionar sobre su actuar e identifica posibilidades de mejoramiento en su práctica profesional	Nunca	0	0,0
	Pocas veces	5	3,4
	Casi siempre	48	32,7
	Siempre	94	63,9
Busca oportunidades de recursos formativos y educativos, que le permitan un desarrollo profesional permanente	Nunca	1	0,7
	Pocas veces	16	10,9
	Casi siempre	65	44,2
	Siempre	65	44,2
Participa en redes, asociaciones y organizaciones locales, nacionales o internacionales, relacionadas con la enfermería de cuidados intensivos	Nunca	20	13,6
	Pocas veces	66	44,9
	Casi siempre	36	24,5
	Siempre	25	17,0

es un hallazgo que refleja la naturaleza fundamental de su rol en la prestación de atención de salud. Esta priorización del cuidado directo está en consonancia con la descripción tradicional del trabajo de enfermería, que se centra en la atención y asistencia directa al paciente para satisfacer sus necesidades de salud.[20]

Sin embargo, es esencial reconocer la importancia de la integralidad del rol del personal de enfermería no solamente centrado en el cuidado directo del paciente sino también en el modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Las actividades educativas pueden contribuir a la formación continua de los profesionales de enfermería, lo que a su vez mejora la calidad de la atención brindada. Las actividades administrativas eficientes pueden mejorar la coordinación y la gestión de recursos en la unidad de salud, y la investigación puede conducir a una práctica basada en la evidencia y una mejora continua en la atención.[21,22]

También se observó que con relación a las competencias críticas del profesional más del 90 % utilizaba el pensamiento crítico como herramienta de resolución de problemas, y más del 80 % desarrollaba ideas innovadoras para resolver algún tipo de problema que se le presentara; este es un indicativo de la habilidad para analizar situaciones complejas, evaluar opciones y tomar decisiones fundamentadas. Este enfoque de pensamiento es esencial en un entorno como la UCIN, donde la toma de decisiones puede tener un impacto directo en la salud y el bienestar de los pacientes neonatales. Los datos obtenidos son comparables a los encontrados por Mirlashari et al.,[23] el cual constató que la gran mayoría de los individuos participantes (92,3 %) exhibían habilidades destacadas en pensamiento crítico y una actitud orientada a la investigación. En términos de atención clínica, un porcentaje considerable (65,8 %) manifestó un nivel moderado, mientras que, en relación con el liderazgo, un significativo 73,5 % demostró una capacidad moderada. Asimismo, se observaron relaciones interpersonales positivas y efectivas en la mayoría de los casos.

En este contexto, la gran mayoría de los trabajadores (98 %) mostraron una alta consistencia en la planificación efectiva y eficiente del cuidado de los pacientes. Esto implica que eran capaces de organizar y priorizar las actividades de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente. Además, alrededor del 53 % demostró un liderazgo constante en su equipo de trabajo, guiando las actividades hacia el cumplimiento de los estándares de cuidado establecidos.

En cuanto al uso de la evidencia científica, el 90 % de los trabajadores implementaba intervenciones de cuidado basadas en la evidencia, lo que sugiere una sólida fundamentación en las prácticas de atención. Asimismo, una proporción similar (90 %) hacía uso eficiente de los recursos disponibles en su unidad de trabajo, lo que indica una gestión responsable de los recursos para brindar un cuidado óptimo.

Estos resultados resaltan la importancia de la planificación, el liderazgo, el uso de la evidencia científica y la eficiente administración de recursos en el entorno de la enfermería neonatal. Estas competencias y prácticas son cruciales para garantizar la calidad y la efectividad del cuidado proporcionado a los pacientes en una unidad de cuidados críticos neonatales; estos hallazgos son comparables al estudio realizado por Naña,[24] en el cual se establece que, de un total de 42 profesionales, se destaca que el 38 % (16) de los participantes optaron por el enfoque de liderazgo de apoyo, mientras que el 26 % (11) eligió el estilo de dirigir, un 24 % (10) se inclinó hacia instruir y un 12 % (5) prefirió delegar. En conclusión, el análisis revela que los profesionales de enfermería adoptan un estilo de liderazgo de acuerdo con la situación. De los 42 encuestados, se percibe una tendencia hacia el enfoque de apoyo, que implica la práctica de escuchar a los individuos, facilitar su involucramiento en la resolución de problemas y en la toma de decisiones, además de proporcionar apoyo y estímulo para sus esfuerzos. Este enfoque es seguido por la opción de dirigir, instruir y delegar.[24]

En cuanto a la capacidad de reflexionar sobre el propio desempeño, se ha reconocido que la autoevaluación y la autocrítica son componentes esenciales del aprendizaje y la mejora continua en la práctica clínica de enfermería. Esto permite identificar oportunidades de mejora, corregir errores y adaptarse a situaciones cambiantes. Según Abu Sharour et al.,[25] la autoevaluación puede conducir a una mayor confianza en las habilidades.

CONCLUSIONES

En esta investigación se abordó la problemática del perfil de los profesionales de enfermería que trabajan en la UCIN, así como también sus competencias claves. Por los resultados obtenidos, se evalúa que la situación del profesional de la enfermería es un sujeto en general femenino, precarizado, y que tiene un desempeño y competencias que superan a la retribución económica que efectivamente percibe.

Esta situación preocupante, una tendencia desde hace décadas, debe ser corregida a través del desarrollo de políticas de Estado que acompañen y retribuyan adecuadamente a uno de los profesionales esenciales para la salud pública.

REFERENCIAS

1. De Arco-Canoles OdelC, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud*. 2018;20(2):171-182.

2. SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva), AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), Pietro Pereira Viana RA, Torre CM. Enfermería en Cuidados Intensivos. Sección I. Gestión por competencias, habilidades y actitudes. Editorial Médica Panamericana [Internet]. Primera. Médica Panamericana Inc; 2019. 768 págs.

3. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF, Rodríguez Colmenares SM, Alvarado Romero HR, et al. Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *J Clin Nurs.* 2022 Jun;31(11-12):1697-1708.

4. Escalante Mariñas LP, Zapatel Ramírez NY. Desempeño laboral y condiciones de trabajo del profesional de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Cajamarca - 2018 [Internet] [Tesis de grado]. [Cajamarca]: Universidad César Vallejo; 2018 [Consulta: 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27813

5. Ortega J. Trabajos de(s)cuidados: reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. *Athenea Digital*. 2019;19(3):e2333.

6. Şanlıtürk D. Perceived and sources of occupational stress in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021 Dec;67:103107.

7. Gea-Caballero V, Castro-Sánchez E, Juárez-Vela R, Sarabia-Cobo C, et al. Entorno de práctica profesional en enfermería. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Mar 16;42:e48.

8. Tronstad O, Flaws D, Lye I, Fraser JF, Patterson S. The intensive care unit environment from the perspective of medical, allied health and nursing clinicians: A qualitative study to inform design of the 'ideal' bedspace. *Aust Crit Care.* 2021 Jan;34(1):15-22.

9. Zareshahi M, Mirzaei S, Nasiriani K. Nursing informatics competencies in critical care unit. *Health Informatics J*. 2022 Jan-Mar;28(1):14604582221083843.

10. Santana-Padilla YG, Bernat-Adell MD, Santana-Cabrera L. Nurses' perception on competency requirement and training demand for intensive care nurses. *Int J Nurs Sci*. 2022 Jun 16;9(3):350-6.

11. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Med*. 2018 Mar 28;61(1):1-7.

12. Stalpers D, Van Der Linden D, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Nurse-perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. *J Adv Nurs.* 2017 Jun;73(6):1482-1490.

13. F Muñoz S, Ordoñez-Villota JN, Solarte-Moncayo MN, Valverde-Ceron YC, et al. Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán: Burnout syndrome in nurses from the University Hospital San José. Popayán. *Revista Médica de Risaralda.* 2018 Jun;24(1):34-37.

14. Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Al-harthi KM. Assessing the caring be-haviors of critical care nurses. *Journal of Nursing Education and Practice.* 2018 May; 8(10):77-85.

15. Wihardja H, Hariyati RTS, Gayatri D. Analysis of factors related to the mental work-load of nurses during interaction through nursing care in the intensive care unit. *Enfermería Clínica.* 2019 Sep;29(2):262-269.

16. Maurício LFS, Okuno MF, Campanharo CR, Lopes MC, et al.. (2017). Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2017 Mar 2;25:e2854.

17. Gallegos Pacheco RAM. Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú. *Rev RECIEN. 2020;*9(1). [Consulta: 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/20/18

18. Guerra PC, Oliveira NF, Terreri MT, Len CA. Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units. *Rev Esc Enferm USP.* 2016 Apr;50(2):279-85. English, Portuguese.

19. Aragão NSC, Barbosa GB, Santos CLC, Nascimento DDSS, et al. Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses. *Rev Bras Enferm*. 2021 Jan 20;74(suppl 3):e20190535. English, Portuguese.

20. Broetje S, Jenny GJ, Bauer GF. The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. *Front Psychol.* 2020 Jan 31;11:84.

21. Grady C, Edgerly M. Science, technology, and innovation: nursing responsibilities in clinical research. *Nurs Clin North Am.* 2009 Dec;44(4):471-81.

22. Shimp L, Jackson R. Nursing Administrative Support Role Proves Reduction in Nursing Overtime and Staff Turnover. *J Am Med Dir Assoc.* 2022 Mar;23(3):B13.

23. Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical Competence and Its Related Factors of Nurses in Neonatal Intensive Care Units. *J Caring Sci.* 2016 Dec 1;5(4):317-324.

24. Naña D. (2017). Liderazgo situacional del profesional de enfermería del servicio de neonatología INMP - 2013 [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Mayor De San Marcos]. [Consulta: 18 de octubre de 2023]. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/323348803.pdf

25. Abu Sharour L, Bani Salameh A, Suleiman K, Subih M, et al. Nurses' Self-Efficacy, Confidence and Interaction With Patients With COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Disaster Med Public Health Prep.* 2022 Aug;16(4):1393-1397.

Revisando técnicas: Monitorización transcutánea continua de CO_2 en recién nacidos

Continuous transcutaneous CO_2 monitoring in newborns

Monitoramento transcutâneo contínuo de CO_2 em recém-nascidos

Esp. Virginia Carral°

RESUMEN

El cuidado de los recién nacidos con patologías respiratorias complejas, y especialmente la población de prematuros extremos, es un desafío constante. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2020 nacieron 13,4 millones de niños prematuros. La prematurez es la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años. La tecnología ha emergido como una herramienta fundamental para la sobrevida de esta población.

La monitorización transcutánea continua de la presión parcial de dióxido de carbono ($tcpCO_2$) se ha convertido en estos últimos años en una herramienta invaluable en el cuidado neonatal, ya que permite la evaluación permanente y no invasiva. Favorece la optimización de la ventilación, especialmente en aquellos con enfermedades respiratorias graves o condiciones que los predisponen a la hipercapnia o la hipocapnia.

El personal de enfermería cumple un rol fundamental en la aplicación adecuada de la misma optimizando los cuidados para obtener valores confiables en la medición.

Palabras clave: *monitoreo de gas sanguíneo transcutáneo, CO_2, recién nacido, enfermería neonatal.*

ABSTRACT

The care of newborns with complex respiratory pathologies, and especially the extremely premature population, is a constant challenge. The World Health Organization estimates that 13.4 million premature children were born in 2020. Prematurity is the main cause of death in children under five years of age. Technology has emerged as a fundamental tool for the survival of this population.

Continuous transcutaneous monitoring of the partial pressure of carbon dioxide (tcpCO2) has become an invaluable tool in neonatal care in recent years, as it allows permanent and non-invasive evaluation. It promotes the optimization of ventilation, especially in those with severe respiratory diseases or conditions that predispose them to hypercapnia or hypocapnia.

Nursing staff play a fundamental role in its proper application, optimizing care to obtain reliable measurement values.

Keywords: *blood gas monitoring transcutaneous, carbon dioxide, newborn, neonatal nursing.*

° Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera del Servicio de Neonatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: virginia.carral@hospitalitaliano.org.ar

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 20 de septiembre de 2023.

Aceptado: 24 de octubre de 2023.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0

RESUMO

O cuidado aos recém-nascidos com patologias respiratórias complexas, e principalmente à população extremamente prematura, é um desafio constante. A Organização Mundial da Saúde estima que 13,4 milhões de crianças prematuras nasceram em 2020. A prematuridade é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos. A tecnologia surgiu como ferramenta fundamental para a sobrevivência desta população.

A monitorização transcutânea contínua da pressão parcial de dióxido de carbono ($tcpCO_2$) tornou-se uma ferramenta inestimável na assistência neonatal nos últimos anos, pois permite avaliação permanente e não invasiva. Promove a otimização da ventilação, principalmente naqueles com doenças respiratórias graves ou condições que os predispõem à hipercapnia ou hipocapnia.

A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental na sua aplicação adequada, otimizando o cuidado para obter valores de medição confiáveis.

Palavras-chave: *monitorização transcutânea dos gases sanguíneos, dióxido de carbono, recém-nascido, enfermagem neonatal.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n43.03

Cómo citar: Carral V. Monitorización transcutánea continua de CO_2 en recién nacidos. *Rev Enferm Neonatal.* Diciembre 2023;43:23-28.

INTRODUCCIÓN

La evaluación respiratoria neonatal representa uno de los pilares del cuidado intensivo neonatal. Se puede realizar a través del examen físico por la frecuencia respiratoria, el trabajo respiratorio, la auscultación pulmonar y la expansión torácica. También puede evaluarse la función respiratoria por medio de una radiografía de tórax y en la extracción de una muestra de sangre para medición del estado ácido base, que ofrece datos objetivos.

Las extracciones de sangre frecuentes pueden ser un factor negativo para un recién nacido (RN) inestable. Producen cambios hemodinámicos en la tensión arterial, que pueden alterar la circulación cerebral, ya que los neonatos tienen una autorregulación cerebral inmadura. Además, si no presentan catéter arterial para la toma de muestra requieren de punciones frecuentes, dolorosas. Se debe considerar también, que las múltiples extracciones de sangre pueden llevar a un paciente neonatal a la anemia, que a su vez se asocia con enfermedades crónicas como retinopatía del prematuro y displasia broncopulmonar.

A lo largo de los años se han incorporado nuevas tecnologías como la saturación de oxígeno arterial (StO_2) medida por pulsioximetría, que permite la disminución de las extracciones sanguíneas y la monitorización constante de la frecuencia cardiaca (FC). La StO_2 se basa en las diferencias entre las tasas de absorción luminosa entre la hemoglobina oxigenada y la desoxigenada o reducida, en las regiones del rojo y el infrarrojo del espectro luminoso.

El dióxido de carbono puede ser monitorizado, no sólo por los gases arteriales, sino también por medio de monitorización teleespiratoria (capnografía espirada). Se basa en la suposición de que los gases medidos en la vía respiratoria que se abre al final de expiración, son alveolares, cuyas concentraciones se equiparan con los valores arteriales y también a través de la $tcpCO_2$.[1]

En esta oportunidad se desarrollará la técnica de monitorización $tcpCO_2$, también conocida como capnografía transcutánea, que se ha convertido en estos últimos años en una herramienta invaluable en el cuidado neonatal, ya que permite la evaluación continua y no invasiva. La medición precisa favorece la optimización de la ventilación en neonatos, especialmente en aquellos con enfermedades respiratorias o condiciones que los predisponen a la hipercapnia o la hipocapnia.

¿CÓMO ACTÚA LA MONITORIZACIÓN $TCPCO_2$?

El sensor transcutáneo se fija a un anillo adherido a la piel del RN; este actúa produciendo una hiperperfusión local de la piel inducida por el calor y crea una unidad de piel-electrodo bajo el sensor transcutáneo *(Figura 1)*.[2]

Para lograrlo se necesita una temperatura local suficientemente alta, idealmente entre 42-44 °C, aunque hay evidencia de utilización de temperaturas de 41 °C, que no demostró diferencias significativas entre los valores arteriales y transcutáneos; no se reportaron lesiones cutáneas, por lo que actualmente se recomienda el uso de esta temperatura.[3]

El uso de temperaturas de 38 °C es recomendado en RN extremadamente prematuros. Los estudios que lo avalan concluyen que hay una buena concordancia entre lecturas arteriales y transcutáneas, sin reportes de eventos adversos en piel.[4]

La temperatura alta en la unidad piel-electrodo, induce un aumento de flujo sanguíneo arterial al lecho capilar (modificación del potencial eléctrico) que se traduce a un valor numérico de $tcpCO_2$. Durante la medición de $tcpCO_2$, las moléculas de CO_2 que se difunden desde el lecho capilar, modifican el pH del electrodo, en la unidad piel-electrodo. Es allí donde se modifica el potencial eléctrico que se evidencia en el valor de $tcpCO_2$. Si la perfusión local no es la adecuada, los valores medidos pueden ser superiores a los de CO_2 arterial.[5]

FACTORES QUE AFECTAN EL FLUJO SANGUÍNEO Y ALTERAN LA MEDICIÓN TRANSCUTÁNEA DE TCO_2

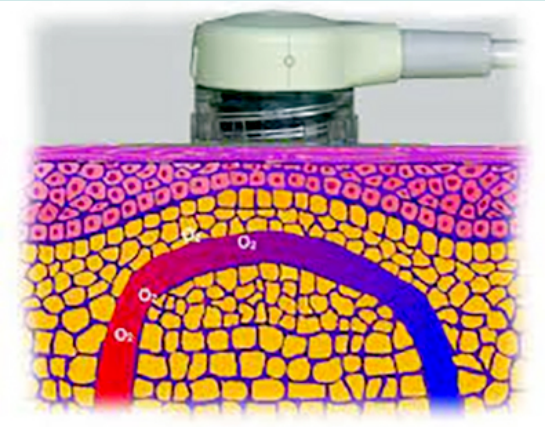
Hay muchos factores que pueden alterar el flujo sanguíneo y directamente alteran la medición de $tcpCO_2$. Entre ellos se encuentran la edad gestacional del RN, la posición del sensor en el cuerpo, la vasoconstricción sistémica, el edema generalizado y cualquier otro factor que pueda afectar la perfusión sistémica.

Las temperaturas demasiado bajas pueden afectar a la exactitud de la medición de $tcpC0_2$.

Si se produce el desprendimiento parcial del sensor de la piel, el sensor leerá valores influenciados por el aire entre la piel y el sensor.

Es adecuado seleccionar los monitores transcutáneos como dispositivos para seguir tendencias en la pCO_2 en lugar de valores absolutos. La correlación de las mediciones transcutáneas con las mediciones de gases en sangre puede ser útil, si se utilizan gases en sangre capilar para correlacionar con el monitor transcutáneo.[4]

Figura 1. Transductor de $tcpCO_2$ sobre la piel



Fuente: Internet.

OBJETIVO

Brindar una adecuada monitorización $tcpCO_2$ continua y no invasiva en neonatos, en tiempo real.

Correlacionar los valores de $tcpCO_2$ con el estado ácido base a fin de evaluar la correlación y la tendencia de $tcpCO_2$ en el tiempo.

INDICACIONES

RN de término y pretérmino lábiles o que requieren ajustes significativos y frecuentes del ventilador.

RN en estado crítico e inestables en la evaluación clínica respiratoria.[4]

CONTRAINDICACIONES

Pacientes con pérdida de la integridad de la piel, ya sea por patologías como la epidermólisis bullosa, lesiones cutáneas generalizadas o cualquier lesión cutánea en las zonas de medición. Esto no permite colocar el sensor adecuadamente y la lectura puede ser errónea.

MONITORES DISPONIBLES

Existen varios tipos de monitores en Argentina. Los mismos combinan valores numéricos y gráficos para evaluar tendencias. Con ellos se puede medir el porcentaje de saturación de oxígeno, $tcpO_2$ y $tcpCO_2$ y FC. No hay ventajas significativas entre ellos *(Figuras 2 y 3)*.

Algunos monitores presentan diferentes sensores transcutáneos dependiendo de los parámetros convenientes a monitorizar.

El monitor de $tcpCO_2$ tiene un sensor, que consta de una cabeza y en una de sus caras contiene una membrana, que debe estar apoyada hacia la piel. La membrana debe cambiarse cuando está dañada, cuando al realizar el cambio queda aire atrapado bajo la mem-

Figura 2. Monitor de $tcpCO_2$ Digital Sentec

Fuente: Internet.

Figura 3. Monitor transcutáneo TCM5 FLEX

Fuente: Internet.

Figura 4. Sensores de $tcpCO_2$

a) Sensor del Digital Sentec

b) Sensores del TCM53 Flex

Fuente: Internet.

Figura 5. Anillo retenedor

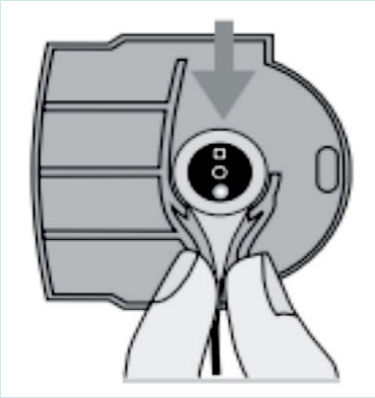
Fuente: Internet.

brana o en el tiempo estipulado recomendado por el fabricante *(Figura 4)*. Para fijar el sensor se utiliza un anillo adhesivo retenedor multizona *(Figura 5)*.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CUIDADOS PRINCIPALES

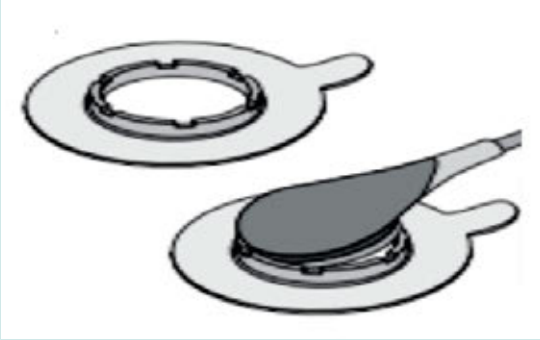
1. Comprobar el estado de la membrana y la integridad del sensor antes y después de cada uso y luego de cambiar la membrana.
2. Controlar que el sensor se encuentre limpio; de lo contrario limpiarlo con isopropanol al 70 % u otra solución sugerida por el fabricante.
3. Calibrar el sensor antes de su uso: consiste en la colocación de la cabeza del sensor en la estación de calibración *(Figura 6).*
4. Elegir una zona bien perfundida y plana de piel intacta. Son preferibles las zonas de localización central para fijar el sensor *(Figura 7).*
5. Fijar el anillo a la zona seleccionada. Verifique que la piel situada bajo el adhesivo no se encuentre con pliegues. Presionar suavemente el anillo multizona y desplazar el dedo por el perímetro del anillo para garantizar una buena adherencia del adhesivo del anillo a la piel.
6. Abrir la puerta de la estación de calibración y sacar el sensor, tomando el sensor por el cuello para evitar traccionar del cable del sensor y romperlo.
7. Cerrar la puerta de la estación de calibración.
8. Aplicar una pequeña gota de agua destilada o líquido de contacto sobre la piel, en el centro del anillo de fijación.
9. Sujetar al sensor por el cuello e introducir primero la cabeza del sensor en el anillo retenedor, luego aplicar una ligera presión hacia abajo sobre el cuello *(Figura 8).* Cuando el sensor se encuentra en su lugar, girar el sensor en el anillo y presionarlo suavemente contra la piel para extender el líquido de contacto, y comprobar que el sensor gira con facilidad para asegurarse de que está correctamente colocado.
10. Asegurarse de eliminar los huecos de aire entre la piel y el sensor, ya que para la lectura resulta esencial un buen contacto, herméticamente sellado, entre el sensor y la piel.
11. Al retirar el sensor mantener el anillo con el dedo en ambos lados del sensor, sin dejar de apretar el reborde, luego rotar el sensor y desprender con cuidado *(Figura 9).* En caso de querer retirar el anillo desprender de la piel desde la pestaña suavemente.

Figura 6. Estación de calibración del sensor



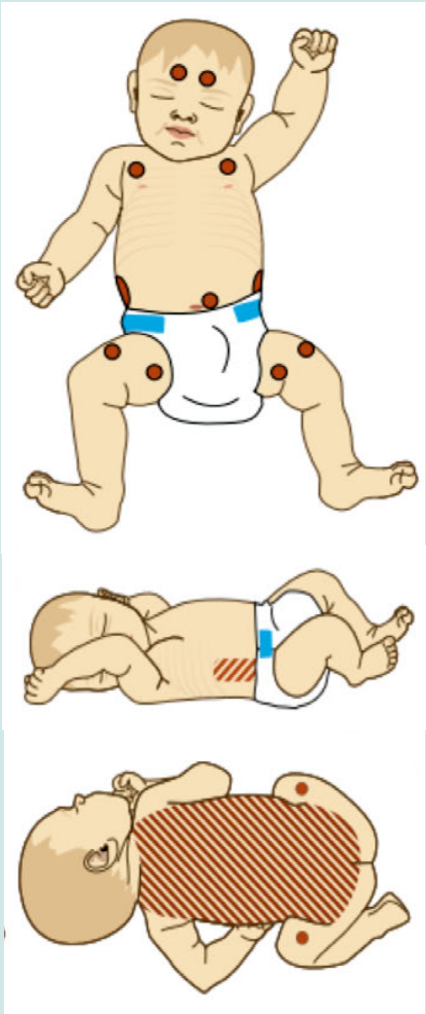
Fuente: Internet.

Figura 8. Colocación de la cabeza del sensor en el anillo retenedor



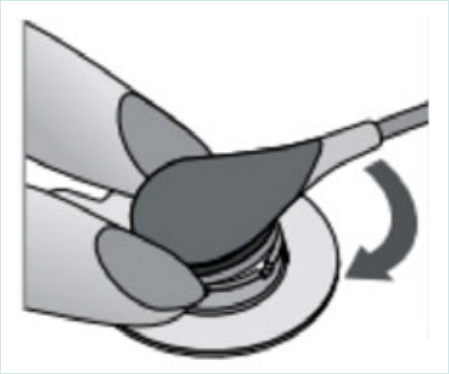
Fuente: Internet.

Figura 7. Zonas de colocación del sensor de $tcpCO_2$



Fuente: Internet.

Figura 9. Técnica de retiro del sensor de $tcpCO_2$



Fuente: Internet.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A RECIÉN NACIDOS CON $TCPCO_2$

- Realizar la evaluación clínica de la piel antes de la colocación del sensor; observar el color y la perfusión; una mala perfusión altera la medición $tcpCO_2$ y no sería adecuada la colocación del sensor en esa zona.
- Incorporar la alarma del tiempo de permanencia del sensor en el monitor, para asegurar el tiempo de rotación a fin de evitar quemaduras. El sensor deberá ser cambiado cada 4 horas en RN de término, en neonatos pretérmino entre 2-3 horas y en pretérmino menores de 28 semanas de edad gestacional se recomienda el uso de una temperatura de 38 °C y cambiar cada 2 horas.[6]
- Elegir la temperatura adecuada de calentamiento del sensor teniendo en cuenta la edad gestacional.

En los recién nacidos prematuros con piel fina y buena perfusión, la monitorización de $tcpCO_2$ puede ser una herramienta confiable para seguir las tendencias en los valores de gases en sangre ya que al calentar la piel debajo de los sensores, provocan un aumento en el flujo sanguíneo local. Con este aumento en el flujo sanguíneo, la sangre se "arterializa" parcialmente y el lecho de tejido tiene menos oportunidades de intercambiar O_2 y CO_2 con la sangre en el capilar. Si bien esto aumenta la precisión de la estimación transcutánea de pO_2 y pCO_2, el calentamiento puede provocar quemaduras locales, por las características de la piel del recién nacido prematuro; por este motivo, los sensores transcutáneos se deben rotar con más frecuencia.

- Corroborar la adhesión del anillo transcutáneo para evitar el ingreso de aire, a fin de asegurar una adecuada medición.
- Durante la introducción de la cabeza del sensor, en el anillo es importante no tocar la membrana del sensor para protegerla y asegurar un valor preciso en la medición.
- Verificar el estado de la membrana. Esta debe permanecer intacta.
- Es muy importante calibrar el sensor antes de su uso para garantizar el adecuado funcionamiento, y de esta manera ofrecer una lectura confiable.
- Una vez colocado el sensor en la piel esperar de 2 a 10 minutos, según la recomendación del fabricante para obtener una adecuada lectura del valor $tcpCO_2$.

COMPLICACIONES DEL USO DEL MONITOR DE $tcpCO_2$

- Eritema en la región donde se coloca el sensor por contacto prolongado del sensor transcutáneo y la piel.
- Quemaduras producidas por contacto prolongado del sensor transcutáneo y la piel.

CONCLUSIÓN

La monitorización $tcpCO_2$ es un método no invasivo y confiable. Requiere de la formación de profesionales enfermeros capacitados en la atención del paciente crítico, con habilidades desarrolladas para obtener lecturas confiables y correlacionar los valores con la clínica del paciente para direccionar los cuidados oportunamente.

REFERENCIAS

1. Bancalari E, Claure N, Jain D. Neonatal respiratory therapy. In: Gleason CA, Juul SE, eds. *Avery's Diseases of the Newborn*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019. 632-652.
2. Restrepo RD, Hirst KR, Wittnebel L, Wettstein R. AARC clinical practice guideline: transcutaneous monitoring of carbon dioxide and oxygen: 2012. *Respir Care.* 2012 Nov;57(11):1955-62.
3. Williams E, Dassios T, Greenough A. Carbon dioxide monitoring in the newborn infant. *Pediatr Pulmonol.* 2021 Oct;56(10):3148-3156.
4. Jakubowicz JF, Bai S, Matlock DN, Jones ML, et al. Effect of Transcutaneous Electrode Temperature on Accuracy and Precision of Carbon Dioxide and Oxygen Measurements in the Preterm Infants. *Respir Care.* 2018 Jul;63(7):900-906.
5. Montes Bueno MT, Quiroga A, Sola A. Clínicas de Enfermería Neonatal. Volumen 1. Cuidados Respiratorios. EDISIBEN. 2016, 9789930-951-1-6.

La importancia de la implementación del *coaching* en enfermería

The importance of implementing coaching *in nursing*

A importância da implementação do coaching *em enfermagem*

Esp. Lorena González °, Prof. Lic. Miriam Di Loretto°°

RESUMEN

En el desarrollo de la vida laboral, los enfermeros se encuentran expuestos a factores estresantes que pueden provocar desgaste profesional o estrés laboral crónico. Esta situación afecta a muchas profesionales de enfermería que se encuentran en actividad. La implementación de un método como el *coaching* ontológico en la gestión de cuidado y en las distintas competencias que desarrolla un profesional del área, permite acompañar, enseñar o entrenar al personal de enfermería. El *coaching* debe ser ejercido por un profesional certificado. Será el guía en el proceso de autodescubrimiento, y que el *coachee*, la persona que realiza *coaching*, sea protagonista de su propia vida.

Para el comienzo de este camino, en el artículo se desarrollarán algunas herramientas que permiten al profesional de la salud comprender la realidad que convive a diario; se comienza con el tema de las interpretaciones, los dominios primarios que muestran cómo cada persona se desenvuelve en la vida. Sin dudar, está relacionado íntimamente con el modelo mental de cada individuo, que hace que cada ser sea único en la forma de pensar, de relacionarse y desenvolverse.

De acuerdo con las acciones que realizan los profesionales, en otros colegas generan una reacción e interpretación, que se analizará de acuerdo con la escalera de inferencia. Este es un modelo explicativo que permite conocer cómo las personas procesan la información.

Por último, se abordará el tema que se denomina el camino del héroe; consiste en la narración de un viaje que debe ser el protagonista donde se debe alcanzar un objetivo, descubrir verdades, adquirir habilidades y conocimientos.

Palabras clave: *enfermería; administración de los servicios de salud; gestión de personal.*

ABSTRACT

In the course of their working lives, nurses are exposed to stressors that can cause professional burnout or chronic work stress. This situation affects many nursing professionals who are active. The implementation of a method such as ontological coaching in care management and in the different competencies that a professional in the area develops, makes it possible to accompany, teach or train nursing staff. Coaching must be carried out by a certified professional. He will be the guide in the process of self-discovery, and the coach, the person who does coaching, will be the protagonist of her own life.

° Especialista en Enfermería Neonatal. Profesora universitaria. *Coach* personal. Enfermera asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Fundación Favaloro. ORCID: 0009-0006-7482-1188

°° Licenciada en Enfermería. Profesora universitaria. *Coach* ontológico profesional y *coach* educativo. Enfermera principal de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Favaloro. ORCID: 0009-0009-6656-0581

Correspondencia: locego71@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 2 de mayo de 2023.

Aceptado: 18 de octubre de 2023.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.

For the beginning of this path, in the article, some tools will be developed that allow the health professional to understand the reality that they live with daily, starting with the topic of interpretations, the primary domains that show how each person develops in life. Without a doubt, it is closely related to the mental model of each individual, which makes each being unique in the way of thinking, relating and functioning.

According to the actions carried out by professionals, they generate a reaction and interpretation in other colleagues, which will be analyzed according to the inference ladder. This is an explanatory model that allows us to know how people process information.

Finally, the topic called the hero's path will be addressed; it consists of the narration of a journey that must be the protagonist where an objective must be achieved, truths discovered, skills and knowledge acquired.

Keywords: *nursing; health service administration; personnel management.*

RESUMO

Ao longo da sua vida profissional, os enfermeiros estão expostos a fatores de stress que podem causar esgotamento profissional ou stress laboral crónico. Essa situação atinge muitos profissionais de enfermagem que atuam. A implementação de um método como o coaching ontológico na gestão do cuidado e nas diferentes competências que um profissional da área desenvolve, permite acompanhar, ensinar ou formar pessoal de enfermagem. O coaching deve ser realizado por um profissional certificado. Ele será o guia no processo de autodescoberta, e o coachee, aquele que faz coaching, será o protagonista da sua própria vida.

Para o início deste caminho, no artigo serão desenvolvidas algumas ferramentas que permitem ao profissional de saúde compreender a realidade que vive diariamente, começando pelo tema das interpretações, os domínios primários que mostram como cada pessoa se desenvolve na vida. vida. Sem dúvida, está intimamente relacionado ao modelo mental de cada indivíduo, o que torna cada ser único na forma de pensar, de se relacionar e de funcionar.

De acordo com as ações realizadas pelos profissionais, elas geram reação e interpretação nos demais colegas, que serão analisadas conforme a escada de inferência. Este é um modelo explicativo que nos permite saber como as pessoas processam a informação.

Por fim, será abordado o tema denominado trajetória do herói; consiste na narração de uma viagem que deve ser protagonista onde um objetivo deve ser alcançado, verdades descobertas, habilidades e conhecimentos adquiridos.

Palavras chave: *enfermagem; administração de serviços de saúde; administração de recursos humanos.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n43.04

Cómo citar: González L, Di Loretto M. La importancia de la implementación del *coaching* en enfermería. *Rev Enferm Neonatal.* Diciembre 2023;43:29-35.

INTRODUCCIÓN

En los servicios de Neonatología, el personal de enfermería gestiona diariamente el cuidado de los pacientes y sus familias. Para abordar este cuidado, no solo pone en juego los conocimientos disciplinares, sino que selecciona intervenciones a través de la toma de decisiones, aplica herramientas de liderazgo y realiza trabajo en equipo con otros profesionales.[1]

El desarrollo de estas competencias de enfermería, se dan en un ambiente laboral expuesto a situaciones que ocasionan estrés, causado principalmente por sobrecarga laboral, largas jornadas, cuidados muy específicos de los pacientes con poco margen para el error, y en muchas situaciones, elevada cantidad de protocolos a seguir, que causan en última instancia una mala asistencia a los pacientes.[2,3]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. Se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia.

Otro término que se utiliza frecuentemente relacionado con la actividad estresante que realiza enfermería, es el síndrome de *burnout*, o desgaste profesional, y hace referencia a un tipo de estrés laboral institucional crónico. Es una de las maneras que tiene de progresar el estrés laboral. Es un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral. Este síndrome se puede observar en profesiones donde existe una relación constante, directa e intensa con otras personas, por ejemplo, maestros, enfermeras, médicos, y policías.[4]

Los distintos problemas laborales, sociales y factores de estrés en el trabajo, impactan en las organizaciones quienes necesitan de una herramienta para

mejorar las realidades individuales o colectivas de su organización. Una de estas herramientas, es el *coaching* ontológico.[5]

El *coaching*, proviene de la palabra francesa *coach* que significa carruaje, funciona como un vehículo para transportar personas de un lugar a otro. Un *coach*, es literalmente un vehículo que lleva a una persona o a un grupo de personas de un origen a un destino deseado.[6]

La ontología proviene de un enfoque filosófico que estudia la naturaleza del ser, la existencia y la realidad.

El *coaching* ontológico es una técnica que permite revisar, transformar, desarrollar y optimizar la manera en la que somos en el mundo, al cuestionarnos la forma en que actuamos.

Contribuye a la mejora de habilidades, favorece espacios comunicativos, introspección personal, modificación de hábitos y fortalecimiento de valores. Esto contribuye al desarrollo personal; se basa en un proceso integral que tiene como objetivo ayudar a las personas a obtener resultados en el ámbito personal y profesional.

Esta disciplina permite la planificación de acciones, incorporar aprendizajes de forma dinámica y flexible, dado que este método es un comportamiento de liderazgo significativo y duradero que influye en las personas de tal manera que su compromiso y competencias dirijan sólidamente a un óptimo desempeño y también a un óptimo resultado mediante un proceso de interacción con otros.

ALGUNAS HERRAMIENTAS DE INTRODUCCIÓN AL *COACHING* ONTOLÓGICO

El *coaching* ontológico tiene su base epistemológica en los siguientes postulados que comienzan todos con la palabra "interpretamos". Para la ontología no hay verdades absolutas ni creencias universales; sostiene la afirmación que vivimos en mundos interpretativos:

- Interpretamos a los seres humanos como seres lingüísticos.
- Interpretamos al lenguaje como generativo.
- Interpretamos que los seres humanos se crean a sí mismos en el lenguaje y a través de él.

El ser humano es una construcción lingüística de carácter social, porque el lenguaje al que pertenecemos está dentro de una cultura en la que crecemos que permite establecer una coordinación de acciones con otros. Los individuos somos lo que somos a partir de las relaciones que establecemos con los demás.[7]

Para la ontología, el Ser está formado por los tres dominios primarios, desde los que es posible comunicarse: el leguaje, la emoción y la corporalidad. Por ellos hablamos de la coherencia del trío "lenguaje, emoción y corporalidad". Es decir que lo que digo, cómo lo digo (emoción) y mi cuerpo, deben estar "alineados".

La ontología del leguaje se centra en la transformación de los seres humanos que implica una nueva comprensión de estos; por ello esta disciplina se sustenta en tres principios básicos:

- Principio del observador: Sólo se sabe cómo las observamos o cómo las interpretamos. Vivimos en mundos interpretativos.
- Principio de la acción: No sólo actuamos de acuerdo con cómo somos, (y lo hacemos), también somos de acuerdo a cómo actuamos.
- Principio del sistema: La acción de toda entidad resulta de su propia estructura y de la estructura del sistema en el que se desenvuelve. Eso define su ámbito de acciones posibles.

El profesional que adquiera las competencias de *coaching* ontológico tendrá entonces ciertas distinciones que lo podrían fortalecer para liderar desde la construcción de espacios de confianza y de oportunidades de aprendizaje.[8]

LOS MODELOS MENTALES

Los modelos mentales son supuestos hondamente arraigados, generalizaciones e imágenes que influyen sobre nuestro modo de comprender el mundo y actuar. A menudo no tenemos conciencia de nuestros modelos mentales o los efectos que producen en nuestra conducta. Son la lupa o los anteojos en cómo vemos e interpretamos el mundo.[9]

Las fuentes de los modelos mentales

Los modelos mentales operan en el subconsciente, en la vida personal, en el ámbito social y laboral. Dan sentido a la realidad y permiten actuar frente a ella de manera efectiva. Los modelos mentales condicionan nuestras interpretaciones y acciones, dan las definiciones de cómo sentimos, percibimos, pensamos y actuamos; estas no constituyen un problema en sí.

El conflicto surge cuando cada persona cree que su manera de ver la situación es la correcta de acuerdo con su modelo mental, es decir que cada uno cree que su modelo mental es el único válido. Los modelos mentales son totalmente necesarios como el aire

que respiramos; sin ellos lo que recibimos del exterior carecería de sentido, no podría ser interpretado. Pero a diferencia del aire, que es igual para todos, los modelos mentales son totalmente subjetivos, lo que hace más complicada la comprensión en los distintos ámbitos que compartimos.[10]

Una opción para evitar el conflicto es utilizar las diferentes percepciones para expandir sus perspectivas e integrarlas en una visión común; una de las soluciones es que los interlocutores indaguen para conocer el modelo mental de la otra persona. La falta de flexibilidad y adaptación frente a los cambios de contexto son algunas de las principales causas de extinción de las especies, de las familias y de todo tipo de relaciones en general.

Los seres humanos dan sentidos a las experiencias en base a cuatro filtros.

La **biología** es el primer filtro. Las personas tienen limitaciones fisiológicas que les impiden percibir ciertos fenómenos a través de los sentidos. El sentido del oído y de la visión, es diferente en distintas especies por lo que la percepción será igualmente diversa.

La imposibilidad de percibir implica la imposibilidad de actuar. Mientras que un murciélago puede operar sin dificultad en la oscuridad, una persona no está capacitada para hacerlo. En nuestra profesión, si un enfermero que trabaja en un área cerrada presenta hipoacusia, tendrá que estar atento a las alarmas visuales, ya que puede no escuchar las alarmas de bajo volumen.

Volviendo a los seres humanos, se puede comparar una persona cuya vista tiene acceso a la percepción de todos los colores y otra daltónica. Ambos pueden ver un mismo paisaje, pero cada uno ve un paisaje diferente. Lo que cambia, no es el mundo exterior sino la capacidad visual para distinguir las diversas longitudes de ondas de luz llamadas colores. Una persona que tiene problemas circulatorios, en un caluroso día de verano, tendrá frío, mientras que si su circulación funciona correctamente la persona tendrá calor. Esto crea una realidad intersubjetiva, que depende de las características biológicas de cada ser.

El **lenguaje** es el segundo filtro. Este permite comunicarse con uno mismo y con los demás acerca de lo que existe alrededor e interior. El uso primario del lenguaje es un sistema descriptivo para rotular y clasificar las percepciones preexistentes y por lo tanto independientes.

Cuando hablamos de lenguaje no nos referimos solo a las palabras con las que nombramos las cosas, sino también a la forma como lo hacemos. Ante determinada situación una palabra puede tener para nosotros uno u otro sentido dependiendo del tono en que nos dirigimos a la otra persona. La otra persona puede codificar, además, de acuerdo con su experiencia, estado de ánimo y su modelo mental. Cada uno también ve la situación respecto a sus vivencias.

El tercer filtro es la **cultura**, entendiéndola como el patrón de supuestos básicos compartidos, aprendidos por un grupo durante el proceso de resolución de problemas de adaptación externa e integración interna. La prueba de que este patrón de supuestos funciona, lo convierte en apto para ser enseñado a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir los temas pertinentes al grupo. Los modelos mentales colectivos tienen características similares a los individuales, pero nos diferencian de un colectivo. Un ejemplo puede ser una familia, una región, una organización; cada colectivo le da forma a la cultura que los caracteriza. Ayudan al grupo a estructurar una comprensión efectiva y eficiente de su realidad, en base a las experiencias pasadas y, por el otro lado determinan el rango de experiencias futuras posibles. Este sistema autovalidante ayuda a mantener la estabilidad y significado dentro de un grupo.

Sin embargo, en tiempos de cambios drásticos, la cultura, que es siempre esencialmente conservadora, puede convertirse en un salvavidas de plomo. Los desafíos de las creencias compartidas crean ansiedad y atrincheramiento. Cambiar los supuestos culturales es un proceso sumamente arduo.

En el ámbito de la enfermería asociado con la cultura podríamos referirnos a algunos enfermeros que hacen de su cultura personal algo que la comunidad respeta como normas. Un ejemplo podría ser que el personal más antiguo de enfermería tiene prioridad en la elección de las fechas de sus vacaciones. Puede ocurrir que el personal de reciente ingreso, por temor a ser despedido, respete esta cultura que en el servicio se tornó organizacional.

El conflicto se presenta cuando estas normas no pueden llevarse a cabo, en determinadas circunstancias, ya que no resulta admisible para quienes han promovido esos hábitos que estos no sean tenidos en cuenta a pesar de no tener sustento, dado que estos no pueden verlo así. Entonces aparecen la emoción del enojo, lo que crea un conflicto entre ambas partes.

Para ejemplificar esto, podríamos imaginar una situación en la que los enfermeros de turno mañana realizan diariamente actividades como armado de respiradores y de unidades. Una mañana de mucha actividad laboral, se priorizó el cuidado de los pacientes, y no se

pudo realizar esta actividad. En el momento del pase de guardia, aparece el reclamo respecto al armado de respiradores y unidades, se reacciona con enojo y se genera un conflicto entre turnos. Si bien no hay norma que lo sustente, se instauró como cultura laboral.

La **historia personal** es el cuarto filtro de los modelos mentales: raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, influencias familiares, condición social, económica, educación, la forma que fue tratado por sus padres, hermanos, maestros y compañeros de la infancia. La manera que empezó a trabajar y se tornó autosuficiente. Las interpretaciones de todas estas experiencias colaboran en la forma que se desenvolverá frente al mundo.

CÓMO LOGRAR EL CAMBIO DE PARADIGMA Y DISMINUIR EL ESTRÉS, CON LA APLICACIÓN DE *COACHING* EN LA VIDA PERSONAL

Ante un momento de urgencia en el cuidado de los pacientes, algunos profesionales en vez de vivirlo con calma y tranquilos, como son las recomendaciones de cualquier asociación de cuidados intensivos, la vivencia se produce con una mala comunicación, nerviosismo y maltrato. Estas situaciones de estrés provocan que el profesional esté alerta. Ante un paciente que presenta una fibrilación ventricular, el personal a cargo se dirige inadecuadamente, el resto del personal vive momentos estresantes, algunos se paralizan, mientras otros están con el desfibrilador. Es importante realizar una revisión de la situación y que luego se analice cada comportamiento para ver los motivos que llevaron a cada profesional a reaccionar de esa manera, y para próximos procedimientos ponerse de acuerdo y evitar conflictos o situaciones de estrés, que provocan que algunos profesionales quieran escaparse de esa situación para evitar ese momento y que pueda suceder un evento no deseado.[11]

LA ESCALERA DE INFERENCIA

La idea de la escalera de inferencias existe desde hace más de medio siglo. El teórico empresarial Chris Argyris propuso el concepto por primera vez en 1970, para explicar cómo las personas hacen y sostienen sus suposiciones sobre el mundo. Él denominó a estas suposiciones "modelos mentales".[12] Según él, los modelos mentales actúan como una lente para influir en nuestra forma de ver y entender el mundo; luego, decidimos cómo actuar en función de esa comprensión.

La escalera de inferencia es un modelo explicativo de como las personas procesan la información. Este tema es importante para el análisis de ciertas situaciones de la práctica profesional, que pueden crear un ambiente no propicio *(Figura 1).*

Es una herramienta que ayuda a explicar cómo tomamos las decisiones. Cada paso en el proceso de toma de decisiones se representa con un escalón de la escalera: comienzas en la parte inferior y, luego, subes cada escalón antes de tomar una decisión y actuar.

Figura 1. Escalera de inferencia

Fuente: elaboración propia.

Partimos de un dato seleccionado por nuestra mente, y le asignamos un significado que nos lleva a una determinada acción. Hacemos estas operaciones diariamente, sin darnos cuenta de acuerdo con nuestro modelo mental. A veces en cuestión de segundos llegamos a conclusiones y tomamos decisiones que nos pueden traer bastantes quebraderos de cabeza. No solo a nosotros, también a la gente que nos rodea.

Es interesante apuntar además que el tipo de interpretación que le damos a lo que ocurre no es al azar, ni mucho menos. Va a depender de la forma subjetiva en que vemos el mundo, de las creencias y experiencias que han construido esa subjetividad.[13]

Un ejemplo de escalera de inferencia

En un día de trabajo intenso en la UCIN, una enfermera recibe un llamado de la escuela de su hijo. La enfer-

mera solicita retirarse, e intenta pasar la guardia de su paciente a otra enfermera. La colega refiere que no puede hacerse cargo de su paciente, ya que debe realizar un procedimiento invasivo al paciente que tiene a cargo. La enfermera se enoja y pasa toda la guardia sin hablar con nadie.

Observando la situación, se podría inferir que se trata de modelos mentales distintos. Posiblemente la enfermera que solicitó retirarse interpretó que no le quisieron recibir la guardia, y había un tema personal en la decisión. Acá entra en juego la escalera de inferencias, mientras que para una de las enfermeras la prioridad era su hijo, para la otra lo era la salud del paciente. Por otra parte, la enfermera a quien había solicitado hacerse cargo de su paciente, evalúa que en el niño en la escuela no se encuentra en riesgo la vida y siente que su compañera exagera la actitud. El lenguaje fue claro en este caso, pero la percepción de este, o la decodificación fue de acuerdo con el modelo mental y valor de cada individuo. Hubo incompatibilidad de modelos, y se desató un conflicto.

EL CAMINO DEL HÉROE

Etimológicamente, la palabra héroe está vinculada con los conceptos de cuidar y proteger. Se considera héroe, a quien realiza hechos para enfrentar el peligro o la adversidad en beneficio de otros. Por eso consideramos, que es el camino que debe recorrer el enfermero/a de reciente ingreso, o el estudiante de enfermería. En este caso cuando el profesional debe transitar un cambio, esto puede provocar estados de angustia, donde puede sentir que, en vez de avanzar, retrocede.

Se comienza a transitar la aventura; el camino se presenta en la *Figura 2* y que se detallará a continuación.

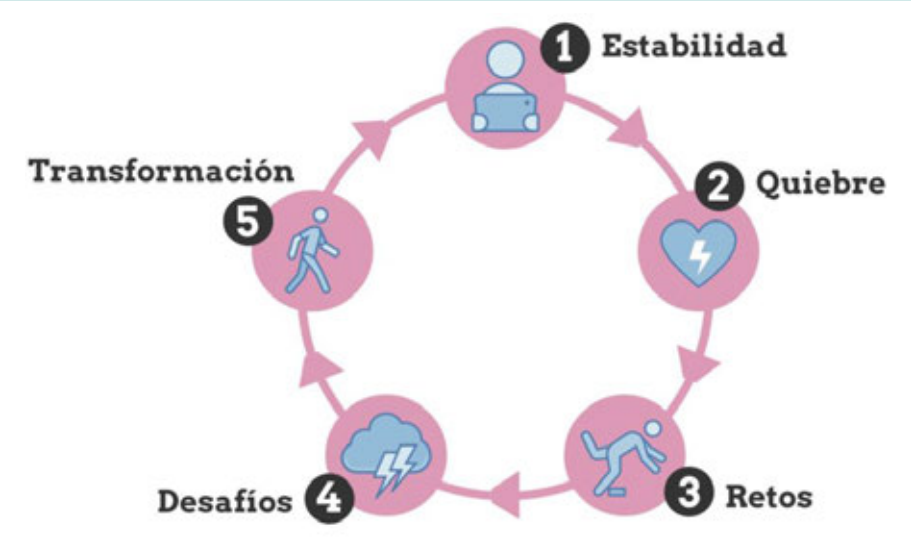
El antropólogo Joseph Campbell, llamó el camino del héroe a este patrón de sucesos.[14]

ETAPAS

1. Estabilidad, todo funciona perfectamente.
2. Se produce un quiebre.
3. Se superan una serie de retos y desafíos, proceso durante el que se aprenden valiosas lecciones.
4. Se enfrentan enemigos externos, nuevos desafíos, para trascender luego de la ira y la vergüenza.
5. Finalmente, se regresa al lugar de inicio transformado, habiendo ascendido en su interior a lo largo de una espiral de crecimiento.

A lo largo de la vida, se transitan estos ciclos mientras evolucionamos. El estudiante de enfermería o profesional de enfermería pasa por estos estadios. Generalmente su aprendizaje tiene diversas características, a pesar del paradigma en el cual los procedimientos se realizaban con los pacientes. Estamos en un momento de transición en el cual puede verse afectada la hipótesis acerca de las etapas por las que transcurre el estudiante de enfermería a ser un enfermero con experiencia. El camino del héroe no solo

Figura 2. Escalera de inferencia



Fuente: elaboración propia.

refleja la transformación de una persona, también aplica a los crecimientos de grupos y organizaciones.[15]

CONCLUSIÓN

El *coaching* ontológico es un método que utiliza herramientas efectivas para el desarrollo de habilidades blandas, desarrollo de su hacer, y la búsqueda en la forma de comunicarse. En el ambiente hospitalario el personal está en constante convivencia con factores estresantes, que pueden influenciar en la comunicación, en las emociones, y en las experiencias. Ante una circunstancia, cada individuo las vive de acuerdo con su modelo mental. Por esta razón, es importante la implementación del *coaching* ontológico ya que el método influye en la capacidad de organizarse y en el desempeño de trabajo en equipo. Además, el *coaching* también colabora en mejorar el estado anímico con el fin de rediseñarse y lograr las metas personales, profesionales y de la organización.

REFERENCIAS

1. del Valle Solórzano KS, La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio* 2021;1(47):165-179.
2. Veliz Rojas L, Paravic Klijn T. Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería. *Ciencia y Enfermería (Internet)*. 2012;18(2):111-117.
3. Cobos-López G, Soriano-Torres A, Seijo-López ML. Estrés laboral en enfermería de cuidados críticos. SANUM. 2021;5(4):74-85.
4. Valdivieso RJF, Amador RFJ, Hernández GL, Hernández CD. Síndrome de Burnout en enfermeros que laboran en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del hospital 'Joaquín Albarrán'. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2016;17(4):3-11.
5. Valle Arévalo LA. Coaching empresarial: Definición, modelos y programas. Una revisión teórica. [Trabajo de investigación]. PE: Universidad Peruana Unión; 2019. [Consulta: 24 de octubre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2423
6. Lozano Correa L. J, El coaching como estrategia para la formación de competencias profesionales. *Revista EAN* [Internet]. 2008;(63):127-137. [Consulta: 25 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20611455009
7. Echeverria R. Ontología del Lenguaje. Ediciones Granica SA. 2017. Págs. 418.
8. Loaiza CT, Castro de Torres ET. Liderazgo y coaching ontológico. Caso: empresas venezolanas del sector de alimentos y bebidas. *Visión Gerencial.* 2018;2:224-234. [Consulta: 25 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=465568324006.
9. Senge PM. La Quinta Disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. México: Ed. Juan Granica SA. 1995. Págs. 483.
10. Kofman F. Metamanagement - Principios Tomo 1. Ediciones Granica. 2001. Cap. 5. Págs. 258-262.
11. Kofman F. Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios. Ediciones Granica. 2005. Tomo 2. Cap. 10. Págs. 69-82.
12. Martínez Reche R, Galiana Fernández A, Martínez Reche J. Coaching en el aula: avivar las brasas adormecidas de nuestra creatividad y espíritu emprendedor. *Revista Andalucía Educativa.* 2021 Oct;1-6.
13. Kofman F. Metamanagement: Aplicaciones Tomo 2: La Nueva Con-Ciencia de los Negocios. Ediciones Granica; 2001. Capítulo 11. Págs. 129-139.
14. Ruíz Noé J. El camino del héroe: entre lo sagrado y lo profano. *Acta Sociológica* [Internet]. 2012 Ene;1(57): 143-66. [Consulta: 19 de octubre de 2023]. Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/29769
15. Kofman F. Metamanagement - Principios Tomo 1. Ediciones Granica; 2001. Cap. 3. Págs. 173-180.

PROPUESTA DE ESTANDARIZACIÓN DE ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO: UN INSTRUMENTO PARA LA MEJORA DE CALIDAD

Proposal for standardization of high-risk medications labeling: an instrument for quality improvement

Proposta de padronização da rotulagem de medicamentos de alto risco: um instrumento para melhoria da qualidade

Lic. Sabrina Medina°, Dra. Elcira Olmedo°°, Enf. Patricia Ríos°°°, Dra. Viviana Bruno°°°°

RESUMEN

Se denominan medicamentos de alto riesgo a aquellos medicamentos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales en el neonato cuando se produce un error en el curso de su administración. Trabajar en pos de la mejora en el manejo de medicamentos de alto riesgo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un indicador de calidad. Permite introducir recomendaciones, estrategias o propuestas de mejora continua de la seguridad del paciente.

La estandarización de medicamentos trata de reducir la complejidad y la variabilidad de los procesos y hacerlos menos dependientes. Es una práctica recomendada como una herramienta para la seguridad del paciente.

La finalidad de esta propuesta fue definir en primer lugar el listado de medicamentos LASA (*look alike, sound alike*; medicamentos que se asemejan en su aspecto o tienen nombres parecidos) y medicamentos de alto riesgo. Una vez definidos se utilizó como estrategias estandarizar el etiquetado por colorimetría según la Disposición ANMAT N.º 8278/2011 para los medicamentos de alto riesgo de administración en infusión continua y estandarización por colorimetría de los medicamentos de alto riesgo que se administran en infusión intermitente.

Cuando los procesos comienzan a desarrollarse teóricamente son ideales, pero cuando se comienzan a implementar en la práctica diaria, es importante poder realizar estudios de intervención para medir el impacto de su funcionalidad y obtener información para me-

° Licenciada en Enfermería. Especialista en Pediatría. Diplomada en Seguridad del Paciente. Enfermera asistencial del Servicio de Neonatología, Hospital SAMIC El Calafate. ORCID: 0000-0002-0906-2916

°° Pediatra Neonatóloga. Jefa del Servicio de Neonatología, Hospital SAMIC El Calafate. ORCID: 0009-0007-5332-6863

°°° Enfermera. Jefa de Enfermería del Servicio de Neonatología, Hospital SAMIC el Calafate. ORCID: 0009-0006-3997-7005

°°°° Pediatra Neonatóloga. Jefa del Departamento Materno Infantil, Hospital SAMIC El Calafate. ORCID: 0009-0005-6933-2550

Correspondencia: licsabrinamedina@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 16 de agosto de 2023.

Aceptado: 6 de octubre de 2023.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0

jorar el proceso. Estas prácticas deben estar basadas en los tres principios básicos de las estrategias de seguridad: 1) reducir la posibilidad de que se produzcan errores, 2) hacer los errores visibles cuando ocurren, para evitar que lleguen al paciente, y, 3) minimizar el daño, cuando fallan las estrategias anteriores y los errores llegan al paciente.

Palabras clave: *errores de medicación; seguridad del paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; recién nacido.*

ABSTRACT

High-risk medications are those medications that have a very high probability of causing serious or even fatal harm to the newborn when an error occurs during their administration. Working towards improvement in the management of high-risk medications in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is an indicator of quality. It allows introducing recommendations, strategies or proposals for continuous improvement of patient safety.

The standardization of medicines tries to reduce the complexity and variability of processes and make them less dependent. It is a recommended practice as a tool for patient safety.

The purpose of this proposal was to first define the list of LASA (look alike, sound alike; medications that are similar in appearance or have similar names) and high-risk medications. Once defined, the strategies used were to standardize labeling by colorimetry according to ANMAT Provision N°. 8278/2011 for high-risk medications administered in continuous infusion and standardization by colorimetry of high-risk medications that are administered in intermittent infusion.

When processes begin to be developed theoretically they are ideal, but when they begin to be implemented in daily practice, it is important to be able to carry out intervention studies to measure the impact of their functionality and obtain information to improve the process. These practices should be based on the three basic principles of safety strategies: 1) reduce the possibility of errors occurring, 2) make errors visible when they occur, to prevent them from reaching the patient, and 3) minimize harm, when previous strategies fail and errors reach the patient.

Keywords: *medication errors; patient safety; intensive care units, neonatal; newborn.*

RESUMO

Medicamentos de alto risco são aqueles medicamentos que têm uma probabilidade muito elevada de causar danos graves ou mesmo fatais ao recém-nascido quando ocorre um erro durante a sua administração. Trabalhar para melhorar o manejo de medicamentos de alto risco na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um indicador de qualidade. Permite introduzir recomendações, estratégias ou propostas para a melhoria contínua da segurança do paciente.

A padronização de medicamentos tenta reduzir a complexidade e a variabilidade dos processos e torná-los menos dependentes. Recomenda-se a prática como ferramenta para a segurança do paciente.

O objetivo desta proposta foi primeiro definir a lista de medicamentos LASA (*look alike, sound alike*; parecidos, soados semelhantes; medicamentos com aparência semelhante ou nomes semelhantes) e medicamentos de alto risco. Uma vez definidas, foram utilizadas estratégias de padronização da rotulagem por colorimetria conforme Disposição ANMAT Nº 8.278/2011 para medicamentos de alto risco administrados por infusão contínua e padronização por colorimetria de medicamentos de alto risco administrados por infusão intermitente.

Quando os processos começam a ser desenvolvidos teoricamente são ideais, mas quando começam a ser implementados na prática diária, é importante poder realizar estudos de intervenção para medir o impacto da sua funcionalidade e obter informações para melhorar o processo. Essas práticas devem ser baseadas nos três princípios básicos das estratégias de segurança: 1) reduzir a possibilidade de ocorrência de erros, 2) tornar os erros visíveis quando ocorrem, para evitar que cheguem ao paciente, e 3) minimizar os danos, quando as estratégias anteriores falharem. e os erros chegam ao paciente.

Palavras-chave: *erros de medicação; segurança do paciente; unidade de terapia intensiva neonatal; recém-nascido.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n43.05

Cómo citar: Medina S, Olmedo E, Ríos P, Bruno V. Propuesta de estandarización de etiquetado de medicamentos de alto riesgo: un instrumento para la mejora de calidad. *Rev Enferm Neonatal.* Diciembre 2023;43: 36-49.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el año 2007, nueve soluciones básicas para la seguridad del paciente, incluyendo en la primera de estas, el problema de los errores de medicación debido a nombres o apariencia similar.[1] La seguridad de los medicamentos de alto riesgo es la tercera meta internacional de la seguridad del paciente y es un indicador de calidad en la atención hospitalaria para poder acreditar ante la Joint Commission International (JCI). Esta es una organización independiente sin fines de lucro, que identifica, mide y comparte las mejores prácticas en calidad y seguridad del paciente en todo el mundo. El estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, desarrollado en España, (ENEAS) indica que el 37,4 % de los acontecimientos adversos detectados están relacionados con la administración de medicamentos.

Los medicamentos de alto riesgo son aquellos con un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.[2] Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Es por este motivo que la identificación de los medicamentos de alto riesgo es un objetivo institucional prioritario de recomendaciones y estrategias de mejora para la seguridad clínica.

Los LASA *(look alike, sound alike)* son medicamentos que cuentan con una similitud visual, como puede ser la adrenalina y la atropina, y también incluyen a aquellos de igual fonética con otro, con aspecto o nombre parecido, es decir, similitud entre nombres comerciales, nombres de principios activos y/o en el nombre oficial no comercial o genérico de una sustancia farmacológica como puede ser la dopamina y la noradrenalina.

Los principales factores que propician errores relacionados con medicamentos LASA incluyen la ilegibilidad de las prescripciones, las indicaciones médicas verbales en las urgencias, las distracciones auditivas y visuales en el momento de la preparación de la medicación, la escritura abreviada o incompleta de nombres, el poco conocimiento del médico y de enfermería sobre las presentaciones comerciales, la similitud en el etiquetado o envase, las dosis iguales y, al igual que la frecuencia de administración, la falta de control por parte del equipo de almacenamiento y dispensación, entre otras.[3,4]

Existen recomendaciones y estrategias generales para el manejo hospitalario de los medicamentos de alto riesgo y para evitar errores en el manejo de medicamentos LASA:

- Definir los medicamentos LASA en la UCIN.
- No utilizar nombres comerciales en las indicaciones de los medicamentos.
- Capacitar a integrantes del equipo de salud, médicos, enfermería y farmacéuticos para reconocer anticipadamente los potenciales errores por medicamentos LASA.
- Redactar las indicaciones médicas sin utilizar abreviaturas: especificar la vía de administración, y la dosis en su unidad de medición y concentración del fármaco.
- Efectuar la identificación de cajones o gavetas de almacenamiento de los medicamentos de alto riesgo, para facilitar la diferenciación entre medicamentos con nombres similares en todos los lugares de almacenamiento y dispensación de los medicamentos de alto riesgo.
- Estandarizar el etiquetado de los medicamentos de alto riesgo. Para las jeringas con medicamentos de alto riesgo en infusión continua, soluciones de hidratación parenteral con agregados de electrolitos concentrados, para las vías de administración del medicamento, para el set de tubuladuras y también para rotular las bombas por donde se infunde el medicamento de alto riesgo.
- Estandarizar el etiquetado por colorimetría de jeringas de drogas de administración intermitente, drogas de urgencia y drogas de sedoanalgesia.
- Numerosos organismos e instituciones han emitido recomendaciones para prevenir los errores en medicación. Estas recomendaciones se centran fundamentalmente en dos líneas de actuación: establecer medidas para evitar el registro de nuevos nombres que sean similares a los ya existentes (estrategias *premarketing*) e implementar prácticas específicas para minimizar los errores por confusión entre los nombres existentes (estrategias *postmarketing*). Entre estas últimas una técnica propuesta consiste en cambiar la apariencia de los nombres de los medicamentos similares en los lugares donde se visualizan (lugares de almacenamiento, etiquetados, etc.) utilizando letras mayúsculas y minúsculas *(tall man letters)* para resaltar las secciones de los nombres de los medicamentos que son distintas con el fin de acentuar así sus diferencias. Un ejemplo del método *tall man lettering* que se utiliza desde

1999 para diferenciar medicamentos LASA sería la siguiente forma para el etiquetado: DOPAmina - DOBUtamina.

- Identificar los medicamentos de alto riesgo y LASA con logos de alarma.
- Organizar el lugar de almacenamiento de ampollas de medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA.
- Rotular los medicamentos de alto riesgo, una vez preparados, para su administración por lo menos con dos datos duros, que pueden ser el nombre completo del paciente, número de historia clínica, dosis del medicamento, vía de administración, fecha de preparación y hora de administración.
- Utilizar el sistema de verificación de los 5 correctos como base fundamental de las buenas prácticas. En la actualidad se recomienda la verificación de los 10 correctos para el momento del proceso de preparación y de administración de medicación.
- Determinar un flujograma institucional del proceso idealizado para la implementación *(Figuras 1 y 2).*

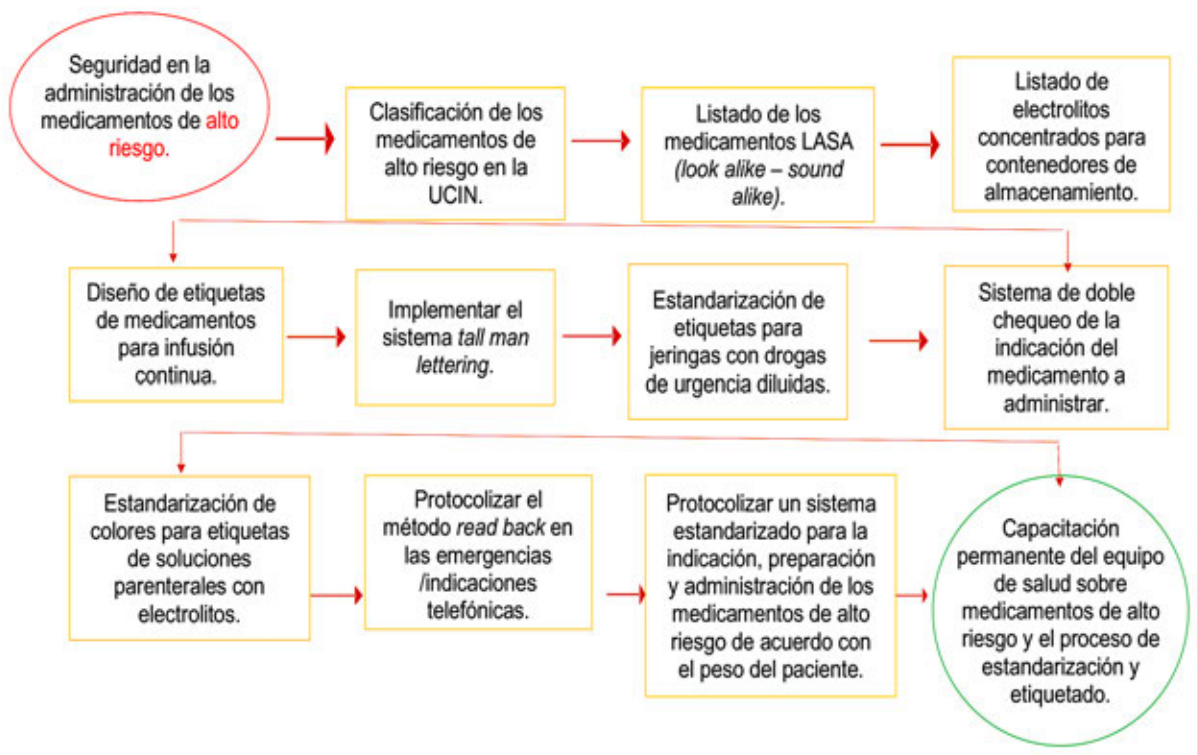
¿Cuál es el problema?

Los errores en la administración de los medicamentos de alto riesgo ocurren cuando no existen normativas y protocolos explícitos sobre su manejo.

Los neonatos constituyen el grupo etario más expuesto al error de medicación y esto sucede por varios factores como la falta de disponibilidad de drogas y fórmulas comerciales adaptadas a neonatos y pediátricos, que obliga a hacer varias diluciones, y exponencialmente aumenta el riesgo para su administración.

Se utiliza el diagrama de Ishikawa como método para analizar las causas de errores en la administración de los medicamentos de alto riesgo en la UCIN. La mayoría de estos errores están relacionados a la vulnerabilidad de la población neonatal, la cantidad de me-

Figura 1. **Flujograma de estandarizacion y etiquetado de los medicamentos de alto riesgo. Hospital Calafate SAMIC - año 2023**



UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales; tall man letters: letras mayúsculas y minúsculas; Read back: repetición en voz alta.

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Flujograma

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
SAMIC EL CALAFATE

MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO
PARA
isa-Asegúrate-Revisa-Administra

Medicamentos de Alto Riesgo ANEXO I

Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que si se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar un daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Listado de medicamentos LASA

Medicamentos LOOK-ALIKE	Medicamentos Sound-Alike
-ADRENalina -ATROPina- MORFina	-ADRENalina- NORADrenalina
-Vitamina K 1 mg-Vitamina K 10 mg	-DOPamina-DOBUTamina
-cefAZOlina-cefOTAxima	-glUCOnato de caLCio-clORuro de calcio
	-LORAZepam- MIDAZolam-LEVEtiracetam
	-DIFENILhidantoina-DIFENhidramina.
	-DEXAmetasona-BETAmetasona-metiPREDNISolona

Listado de Electrolitos Concentrados

Electrolitos	Concentración	Presentación	Colores contenedores de almacenamiento
Cloruro de Potasio	3 mEq/ml	Solución inyectable ampolla de 5 ml	ROJO
Cloruro de Sodio	20%	Ampolla solución inyectable 10 ml	NEGRO
Gluconato de Calcio	10%	Solución inyectable ampolla de 10 ml	VERDE
Sulfato de Magnesio	25%	Solución inyectable Ampolla de 5 ml	MARRON
Glucosado	25%	Solución inyectable Ampolla 10 ml	VIOLETA
Otros	-	-	BLANCO

Listado de medicamentos con etiquetas por colorimetría

Grupo terapéutico	Ejemplo	Color asignado	Tall mall lessering
Inotrópicos	-Noradrenalina -Dopamina -Dobutamina -Prostaglandina	Fondo rojo con borde Y letras blancas	-NORAdrenalina -DOPamina -DOBUTamina -PROSTaglandina
Medicamento LASA	-Adrenalina	Bordes y letras en negro	ADRENalina ATROPina
Relajante Neuromuscular	-Bromuro de Pancuronio -Vecuronio	letras en blanco	-PANCUronio -VECUronio
Narcóticos/Anestésicos	-Fentanilo -Morfina	Letras en negro	-FENTAnilo -MORfina
Benzodiacepinas	-Lorazepam	Letras en negro	-LORAZepam
Antagonistas	-Flumazenil -Naloxona	Bordes y letras blancas	-FLUMazenil -NALOxona
Anticonvulsivantes	-Difenilhidantoina	Bordes blancos letras en blanco	-FENObarbital -DIFENIlhidantoina -LEVEtiracetam
Insulinas	-Insulina	Blanco con letras rojas	
Misceláneos	-Heparina -ATB	Blanco con letras y bordes verde	

Listado de medicamentos de alto riesgo de emergencias para infusión intermitente

Grupo terapéutico	Ejemplos	color patrón ®
Benzodiacepinas	-Lorazepam -Midazolam	Color violeta
Relajantes neuromusculares no despolarizantes	-Bromuro de pancuronio -Vecuronio	Verde oscuro
Opioides	-Morfina -Fentanilo	Negro
Antagonista de opioides	-Naloxona	Naranja
Anestésicos locales	-Lidocaína	Azul
Anticolinérgicos	-Atropina	Blanco
Vasopresores	-Adrenalina	Adrenalina con letras blancas
Misceláneos	-Insulina -surfactante	Verde claro con letras negras

- Medicamentos de Alto Riesgo MAR

Revisar el listado de medicamentos LASA
A **I**dentificar los MAR en el sector de almacenamiento
L **E**ntender los riesgos de los MAR
T **S**iempre Re chequear dos veces la ampolla de medicación
O **G**arantizar el doble chequeo
Organizar el momento de preparación de los MAR

- Comprobar los 5 correctos

✓ Paciente
✓ Medicamento
✓ Dosis
✓ Vía de administración
✓ Hora de administración

✓ **Doble chequeo**

Fuente: elaboración propia.

dicamentos que son parte del tratamiento dentro de una unidad de cuidados críticos, la variabilidad de los accesos venosos como múltiples vías de administración de medicamentos, la falta de normativas institucionales o consensos nacionales para el manejo de los medicamentos de alto riesgo, interrupciones durante el proceso de preparación de medicación, ruidos excesivos en el lugar y momento de la preparación de medicamentos, entre otros *(Figura 3).*

A través del análisis del diagrama de Ishikawa utilizado en la UCIN del Hospital SAMIC El Calafate, se pueden observar los factores de riesgo de cometer errores en la administración de medicación.

¿Qué es un plan de mejora continua?

El plan de mejora continua se caracteriza por ser un conjunto de proyectos planificados y ordenados que intentan elevar la calidad y jerarquización de los cuidados y prácticas seguras de un hospital.

¿Qué se intenta mejorar?

Los objetivos generales de mejora están basados en recomendaciones y son los siguientes:

1) Reducir la posibilidad de que los errores ocurran,

2) visibilizar los errores,

3) minimizar las consecuencias de los errores en el manejo de los medicamentos de alto riesgo,

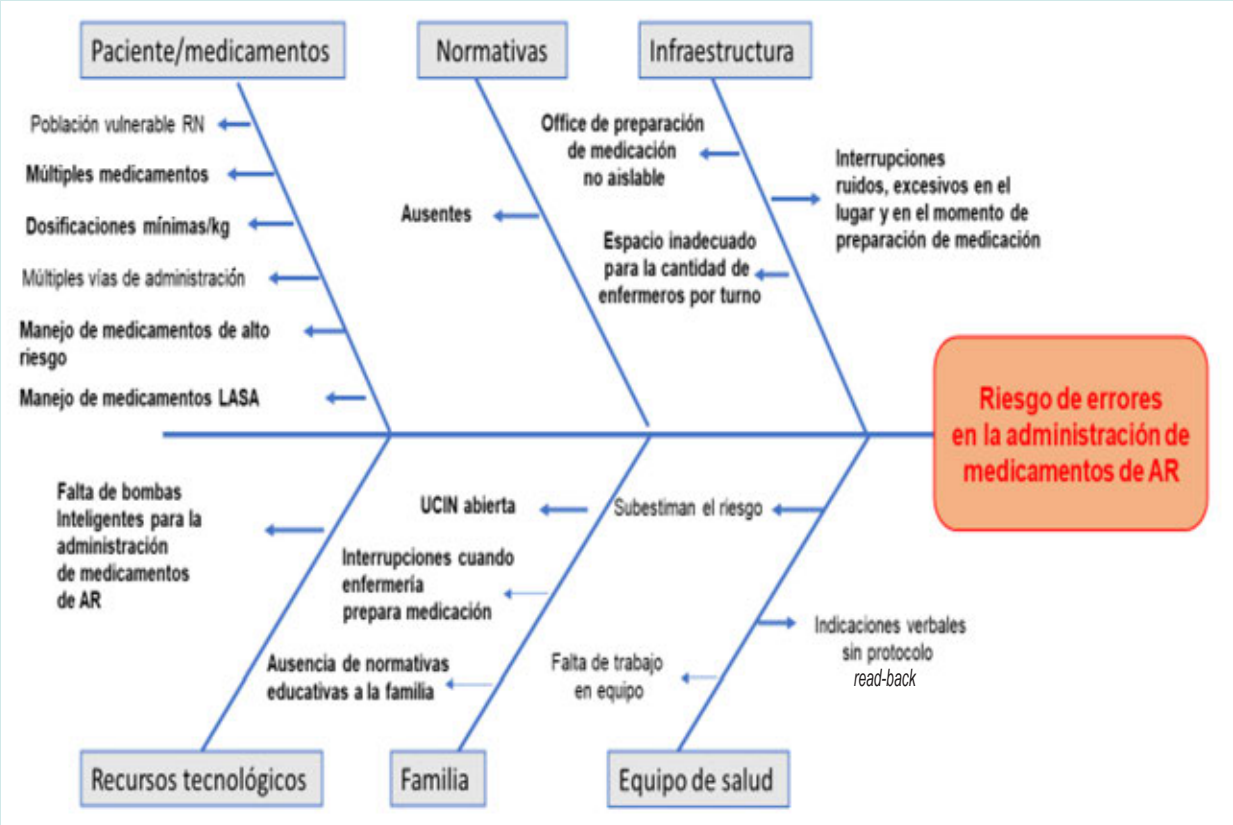
4) capacitar a los profesionales involucrados en el proceso sobre el manejo correcto de los medicamentos de alto riesgo,

5) establecer indicadores para medir el proceso,

6) incorporar una cultura de seguridad institucional.

El objetivo de la propuesta es mejorar el manejo de los medicamentos de alto riesgo al disponer de una normativa con protocolos detallados y explícitos.

Figura 3. Diagrama de Ishikawa de las causas de error en los medicamentos de alto riesgo



RN: recién nacido; LASA: look alike, sound alike; AR: alto riesgo; UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

Fuente: elaboración propia.

Las medidas que se enuncian a continuación están basadas en conceptos para la propuesta de mejora y sus características centrales son:

- Reducir la complejidad, al estandarizar los procesos y eliminar conceptos culturales de la redundancia.
- Incorporar estrategias con mecanismos restrictivos que no se desvíen del proceso estandarizado.
- Mejorar el proceso estandarizado de manera continua mediante el ciclo de Deming: planear, hacer, verificar, actuar.
- Mantener una capacitación continua.

Supervisión del proceso

La supervisión del proceso estará a cargo del Comité de Calidad de Seguridad del Paciente, quien designará a la persona con idoneidad para la función.

Barreras para su implementación

- Falta de adhesión al proceso.

Costos para su implementación

Para implementar la impresión de etiquetas se sugirió que las mismas puedan ser elaboradas y diseñadas con elementos propios de la institución, una etiquetadora ya disponible en el hospital.

Se realizó un informe a la Dirección Médica de la institución con este proyecto, que fue autorizado y elevado a la Dirección Contable para la ejecución de la compra. El presupuesto incluyó el diseño de las etiquetas y la impresión, troquelado y corte.

OBJETIVOS

Objetivo general de la propuesta

- Mejorar la seguridad en el manejo de los medicamentos de alto riesgo en el Hospital SAMIC El Calafate, Santa Cruz, Argentina.

Objetivos específicos de la propuesta

- Promover las prácticas seguras para la identificación de los medicamentos de alto riesgo a través de la capacitación del personal del Servicio de Neonatología.
- Identificar y diferenciar los medicamentos de alto riesgo a través de un sistema de monitoreo sobre el resguardo, etiquetado y clasificado de los medicamentos de alto riesgo y de los electrolitos concentrados.
- Incorporar la lista de medicamentos de alto riesgo clasificados por colores en las áreas.
- Implementar un sistema de etiquetado para los medicamentos de alto riesgo.
- Utilizar el sistema *tall man lettering* para LASA, que consiste en usar letras mayúsculas y minúsculas, para llamar la atención del operador.
- Difundir la normativa a nivel hospitalario en general para su implementación según cada servicio.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales involucrados sobre prácticas seguras en el manejo de medicamentos de alto riesgo.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se implementa un proceso para los medicamentos de alto riesgo:

- Se confecciona un listado con los medicamentos de alto riesgo *(Tabla 1).*
- Se confecciona un listado de electrolitos concentrados y se los define por colores *(Tabla 2).*
- Se reduce el riesgo de los medicamentos de alto riesgo al identificarlos *(Figuras 4 y 5).*
- Se revisa anualmente el listado de los medicamentos de alto riesgo.

Se mejora la seguridad de los medicamentos LASA:

- Se confecciona una lista con los medicamentos LASA.
- Se definen acciones para los medicamentos LASA *(Tabla 3).*

Uso seguro de los electrolitos concentrados:

- Los electrolitos concentrados están sectorizados y diferenciados por colores.
- Centralización de los electrolitos concentrados únicamente en el área designada en el *office* de preparación de medicación *(Figura 6).*
- Se retiran las ampollas de electrolitos concentrados del carro de paro.

Tabla 1. Listado de medicamentos de alto riesgo de la UCIN, por grupo terapéutico

Grupo terapéutico	Ejemplo	Color asignado	*Tall mall lettering*
Inotrópicos	-Noradrenalina -Dopamina -Dobutamina -Prostaglandina	Bordes y letras blancas	-NORAdrenalina -DOPamina -DOBUTamina -PROSTaglandina
Vasopresores	-Adrenalina	Bordes y letras en negro	ADRENalina ATROPina
Relajantes neuromusculares	-Bromuro de pancuronio -Vecuronio	☠ Letras en blanco	-PANCUronio -VECUronio
Narcóticos y anestésicos	-Fentanilo -Morfina	Letras en negro	-FENTAnilo -MORfina
Benzodiacepinas	-Lorazepam	Letras en negro	-LORAZepam
Antagonistas	-Flumazenil -Naloxona	Bordes y letras en blanco	-FLUMazenil -NALOxona
Anticonvulsivantes	-Difenilhidantoina	Bordes y letras en blanco	-FENObarbital -DIFENilhidantoina -LEVEtiracetam
Hormonas y reguladores hormonales	-Insulina	Blanco con letras rojas	
Misceláneos	-Heparina -Antibióticos	Blanco con letras y bordes verdes	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Listado de electrolitos concentrados y designación de colores para los contenedores de almacenamiento

Electrolitos	Concentración	Presentación	Colores de los contenedores de almacenamiento
Cloruro de potasio	3 mEq/ml	Solución inyectable Ampolla de 5 ml	ROJO
Cloruro de sodio	20 %	Solución inyectable Ampolla de 10 ml	NEGRO
Gluconato de calcio	10 %	Solución inyectable Ampolla de 10 ml	VERDE
Sulfato de magnesio	25 %	Solución inyectable Ampolla de 5 ml	MARRON
Glucosado	25 %	Solución inyectable Ampolla de 10 ml	VIOLETA
Otros	-	-	BLANCO

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Identificación de los medicamentos LASA en la UCIN, utilizando la metodología *tall man letters*

Medicamentos *look-alike* 👓 Ampollas parecidas	Medicamentos *sound-alike*🔊 Nombres de medicamentos que suenan igual
-**ADREN**alina -**ATROP**ina- **MORF**ina -**Vitamina K 1 mg-Vitamina K 10 mg** -cef**AZO**lina-cef**OTA**xima	-**ADREN**alina- **NORAD**renalina -**DOP**amina-**DOBUT**amina -gl**UCO**nato **de** ca**LC**io-cl**OR**uro **de** ca**LC**io -**LORAZ**epam-**LEVE**tiracetam -**DIFENIL**hidantoina-**DIFEN**hidramina. -**DEXA**metasona-**BETA**metasona

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Logo distintivo para medicación de alto riesgo

Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Colocación de etiquetas de alarma en las ampollas de electrolitos concentrados

Fuente: elaboración propia.

NORMAS Y CRITERIOS

En un hospital en construcción permanente de sus espacios y servicios, se hace imperativa la necesidad de contar con la capacitación y el conocimiento del manejo adecuado de los medicamentos de alto riesgo, reconociendo en primera instancia la complejidad que tiene el manejo de estos dentro de la institución, partiendo desde la solicitud de las drogas a farmacia hasta la administración al paciente.

Se debe considerar que ninguna práctica individual es completamente segura para garantizar la seguridad de la administración los medicamentos de alto riesgo, sobre todo en los sectores y áreas como la UCI, la UCIN y la Guardia General (Pediátrica/Adultos), donde las indicaciones de medicación son verbales en las urgencias y durante los procedimientos invasivos sin métodos de *read-back* protocolizado. Es importante considerar que es un acto multidisciplinario y se deben implementar estas normas en todos los sectores donde se administran medicamentos de alto riesgo y capacitar a todos los actores implicados incluyendo a los pacientes y familiares.

1. Listado de identificación de los LASA

Los medicamentos LASA involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro, con aspecto o nombre parecido (similitud entre nombres comerciales, nombres de principios activos y/o en el nombre oficial no comercial o genérico de una sustancia farmacológica).

1.a En el área de UCIN como estrategia para los LASA se implementarán procedimientos que aseguren su correcto funcionamiento, así como también la

Figura 6. Sector de preparación de electrolitos concentrados según disposición de ANMAT N.º 8278/2011, organizados por colorimetría

Fuente: elaboración propia.

señalización mediante logos y la utilización de etiquetas unificadas en las áreas de preparación de medicación.

1.b Se clasifican los medicamentos LASA *(Tabla 3)*, y se diseñan etiquetas con el sistema de incorporar algunas letras en mayúscula de la droga *(tall man letters)* con el fin de acentuar la diferencia para los LASA que suena igual, utilizando el sistema del ISMP español (Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos).[5-7]

Por ejemplo: nombres similares de medicamentos LASA:

Look alike: ADRENalina - ATROPina.

Sound Alike: DOPamina - DOBUTamina

1.c Se implementa un sistema de doble chequeo para verificar el listado de medicamentos de alto riego y se colocara un logo distintivo en los medicamentos LASA. Este logo presenta en el centro una figura de una mano (que simboliza el PARA) y en su base una referencia que dice: Piensa. Visualiza. Re-chequea. Administra *(Figura 4).*

1.d En las indicaciones médicas al prescribir el medicamento a administrar se debe evitar las abreviaturas o acrónimos: escribir el nombre del medicamento completo y la unidad de masa *(Tabla 4).*

1.e Uso de colorimetría para el listado y almacenamiento de electrolitos concentrados *(Tabla 2, Figuras 6 y 7)*; los envases de las soluciones parenterales de electrolitos de pequeño volumen (ampollas)

Tabla 4. Abreviaturas peligrosas

Abreviaturas a evitar	Significado buscado	Razón para evitarla	Palabra aceptable
ADRENA	ADRENALINA	Se puede confundir con NORADRENALINA	Prescribir la indicación médica con el nombre completo y genérico del medicamento.
DOPA	DOPAMINA	Se presta a confusión con DOBUTAMINA	Prescribir la indicación médica con el nombre completo y genérico del medicamento.
µg	Microgramos	Confusión con miligramos	Escribir la palabra "microgramo" completa.
ml	Mililitros	Confusión para el cálculo de dosis a administrar	Prescribir la medicación con la unidad de masa de la droga. Ej. (mg, mcg, UI) para que enfermería pueda re-chequear las dosis correctas de acuerdo a los kg/dosis que debería recibir el paciente.

Fuente: elaboración propia.

deben identificarse, además de la leyenda correspondiente, con el color de las letras de las ampollas, en cumplimiento de la disposición ANMAT N.º 8278/2011 o sus actualizaciones *(Tabla 5)*.[8,9]

1.g Uso de cartelería para señalización e identificación de los sectores de medicación de alto riesgo.

1.h Sistema de doble chequeo como propuesta de mejora "impresión de indicaciones médicas". Este sistema permite minimizar el margen de error en la transcripción de la medicación a papel por parte de la enfermera encargada de la preparación y administración de la medicación. La impresión se realizará cada vez que se realicen modificaciones en las indicaciones médicas de cada paciente.

Se imprime:

a. Impresión del esquema completo de indicación de medicación del paciente.

Tabla 5. Colorimetría para soluciones isotónicas ANMAT N.º 8278/2011

Agua para inyectables; ampolla de 5 ml	NARANJA
Solución fisiológica 0,9 %; ampolla de 5 ml	Azul

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Sistema nacional de etiquetado de jeringas con medicación de alto riesgo

Grupo terapéutico	Ejemplos	Color patrón ®
Benzodiacepinas	-Lorazepam -Midazolam	Violeta
Relajantes neuromusculares no despolarizantes	-Bromuro de pancuronio -Vecuronio	Verde oscuro ☠
Opioides	-Morfina -Fentanilo	Negro
Antagonista de opioides	-Naloxona	Naranja
Anestésicos locales	-Lidocaína	Azul
Anticolinérgicos	-Atropina	Blanco
Vasopresores	-Adrenalina	Rojo con letras blancas
Misceláneos	-Insulina -Surfactante	Verde claro con letras negras

Fuente: ANMAT.

b. Impresión de la composición de la solución del plan de hidratación parenteral que será colocada en la etiqueta del plan de hidratación parenteral de bordes rojos *(Figura 8).*

c. Diseño de un cuadro para evitar las abreviaturas peligrosas cuando se realizan indicaciones médicas.

Figura 7. **Señalización con etiquetas de alarma en el lugar de almacenamiento de medicamentos de alto riesgo**

Respecto a las etiquetas en las soluciones parenterales, el rótulo se divide en tres partes:

a. Porción superior. "JERINGA o CONTENEDOR" de medicación continua: se registran el nombre y apellido, HC del paciente, fecha de preparación, datos en ml de la medicación a administrar y el agente que lo prepara.

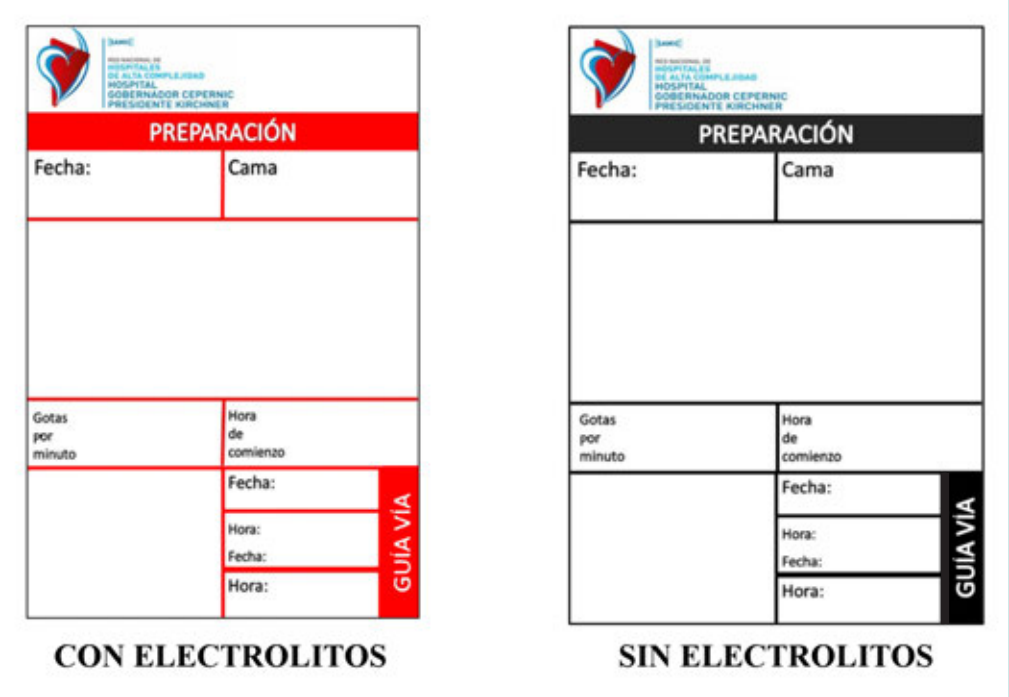
b. Porción intermedia. "GUÍA": fecha. Se coloca en la porción de la guía cercana a la llave de 3 vías, al tapón de infusión.

c. Porción inferior. "BOMBA": se coloca sobre la preparación de la jeringa que se coloca en la bomba de infusión.

Colorimetría para las etiquetas de las jeringas de medicación de alto riesgo de administración intermitente

La estandarización del etiquetado de jeringas para la administración de medicamentos de alto riesgo *(Tabla 6)* en urgencias es efectiva para reducir el número de errores/casi errores relacionados con la administración de medicamentos durante el proceso y aumentar de esta manera la seguridad del paciente en la emergencia.[10]

Figura 8. **Etiquetado de soluciones parenterales con y sin electrolitos**



Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIÓN

El proceso de estandarización en el manejo de los medicamentos de alto riesgo es una práctica segura, que permite minimizar los errores en su administración. Es preciso destacar que los procesos son ideales, que una vez puestos en marcha se deben revisar y evaluar el impacto, mediante el análisis de intervención.

La selección de las mejores estrategias para la reducción de errores no es tarea fácil; es conveniente reconocer que algunas estrategias son más efectivas que otras, pero aquellas que se seleccionen para la mejora continua de los procesos deben adecuarse a la realidad de cada institución hospitalaria.

REFERENCIAS

1. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, et al. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Aten Primaria.* 2021 Dec;53 Suppl 1(Suppl 1):102224.

2. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.

3. Rousseau M. Seguridad en el Uso de los Medicamentos. *Medicina Interna Pediátrica.* Año Sexto, p. 19-44.

4. Sociedad de Terapia Intensiva, Dibo MJ, Stoffel MV, Fajreldines A, Bazzano M. Manual del farmacéutico clínico de UCI. Herramientas teórico-prácticas para la mejora de la calidad y la seguridad en el monitoreo farmacológico del paciente crítico adulto, 2014. Págs. 73. [Consulta: 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.sati.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/Manual-del-Farmaceutico-Clinico-en-UCI.pdf

5. Confalone Gregorián M, Bugna L, Calle G, Fontana M, et al. Detección, análisis y prevención en el uso de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado en Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2010;1(3),30-35.

6. Otero López MJ, Martín Muñoz R, Sánchez Barba M, Abad Sazatornil R, et al. en representación del Grupo de Trabajo TML, Elaboración de una relación de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas. *Farm Hosp.* 2011;35(5):225-235.

7. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. [Consulta: 4 de noviembre de 2023]. Disponible: http://www.ismp-espana.org/.

8. Disposición 3827/2018 Administración. Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) 2018. [Consulta: 2 de noviembre de 2023. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/disposici%C3%B3n-3827-2018-309234/texto.

9. ANMAT-MED-BPF001. Guía de Buenas Prácticas de Fabricación de Medicamentos de Uso Humano. ANEXO 16 Normas para la identificación por colores de envases. [Consulta: 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://opinionpublica.anmat.gob.ar/proyectos/175.pdf

10. Monteverde E, Klappenbach R, Baliña J. Manual de seguridad de paciente. Línea de Acción 2. Prácticas para el Uso Seguro de Medicamentos. 2022; pp. 15-34. [Consulta: 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf

Liderazgo genuino: un camino hacia la transformación del equipo de salud

Genuine leadership: a path to health team transformation

Liderança genuína: um caminho para a transformação das equipes de saúde

Esp. Paola Belén Hernández °

RESUMEN

El sistema de salud actual y la idiosincrasia de cada institución de salud se encuentran en un contexto fluctuante e impredecible y presentan una complejidad que muchas veces obstaculiza la realización de cambios, que podrían mejorar la práctica profesional y el cuidado de los pacientes en su entorno.

Para lograr esta verdadera transformación todo el sistema de salud, tanto público como privado, y todos sus niveles/jurisdicciones/reparticiones sin importar las jerarquías, deben incentivar liderazgos genuinos dentro de sus instituciones para que ocurran verdaderas modificaciones que beneficien a todos. Sin duda esto requiere de un esfuerzo individual y colectivo, pero vale la pena cuando se trata de cambiar el futuro de la salud.

El primer paso es mejorar los ambientes laborales y optimizar el trabajo de los equipos de salud. Se deben realizar diagnósticos situacionales en cada institución de salud para saber cuáles son las barreras que impiden realizar cambios.

Una de las barreras más visibles es la ausencia de liderazgos genuinos. La falta de liderazgo genera mayores conflictos que producen insatisfacción laboral por parte de los trabajadores y mala imagen de las instituciones de salud, repercute negativamente en la práctica profesional, en los resultados de salud de los trabajadores y de las personas que asisten, y en la propia comunidad que las contiene.

Este artículo intentará proporcionar herramientas a profesionales de la salud para desarrollar liderazgo genuino. Una de ellas es el *coaching* en liderazgo organizacional, que se transforma en una herramienta clave para la optimización del desempeño del personal.

Impulsar liderazgos genuinos en las organizaciones de salud producirá un gran cambio de las prácticas de los equipos profesionales, creará ambientes saludables y empáticos de trabajo, mejorará la calidad y calidez de la atención y los cuidados a los usuarios y dará lugar a nuevas transformaciones en beneficio de todos los involucrados.

Palabras clave: *liderazgo; sistemas de salud; condiciones de trabajo; estrés laboral.*

° Especialista en Enfermería Neonatal. Enfermera Supervisora del Servicio de Neonatología del Hospital Arturo U. Illia, Alta Gracia, Córdoba. ORCID 0009-0001-2434-6693

Correspondencia: pbelenhernandez@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 3 de abril de 2023.

Aceptado: 6 de octubre de 2023.

ABSTRACT

The current health system and the idiosyncrasies of each health institution are in a fluctuating and unpredictable context and present a complexity that often hinders the implementation of changes that could improve professional practice and the care of patients in their environment.

To achieve this true transformation, the entire health system, both public and private, and all its levels/jurisdictions/departments, regardless of hierarchies, must encourage genuine leadership within their institutions so that true modifications occur that benefit everyone. Without a doubt, this requires individual and collective effort, but it is worth it when it comes to changing the future of health.

The first step is to improve work environments and optimize the work of health teams. Situational diagnoses must be carried out in each health institution to know what barriers prevent changes. One of the most visible barriers is the absence of genuine leadership. The lack of leadership generates greater conflicts that produce job dissatisfaction on the part of workers and a poor image of health institutions, which has a negative impact on professional practice, on the health results of workers and the people who assist, and on the community that contains them.

This article will attempt to provide tools to health professionals to develop genuine leadership. One of them is organizational leadership coaching, which becomes a key tool for optimizing staff performance. Promoting genuine leadership in health organizations will produce a great change in the practices of professional teams, create healthy and empathetic work environments, improve the quality and warmth of care and attention to users and lead to new transformations for the benefit of all those involved.

Keywords: *leadership; health systems; working conditions; occupational stress.*

RESUMO

O atual sistema de saúde e as idiossincrasias de cada instituição de saúde encontram-se num contexto flutuante e imprevisível e apresentam uma complexidade que muitas vezes dificulta a implementação de mudanças que possam melhorar a prática profissional e o cuidado dos pacientes no seu ambiente.

Para alcançar esta verdadeira transformação, todo o sistema de saúde, tanto público como privado, e todos os seus níveis/jurisdições/departamentos, independentemente das hierarquias, devem encorajar uma liderança genuína dentro das suas instituições para que ocorram verdadeiras modificações que beneficiem a todos. Sem dúvida, isto exige um esforço individual e coletivo, mas vale a pena quando se trata de mudar o futuro da saúde.

O primeiro passo é melhorar os ambientes de trabalho e otimizar o trabalho das equipes de saúde. Diagnósticos situacionais devem ser realizados em cada instituição de saúde para saber quais barreiras impedem mudanças.

Uma das barreiras mais visíveis é a ausência de uma liderança genuína. A falta de liderança gera maiores conflitos que produzem insatisfação profissional por parte dos trabalhadores e má imagem das instituições de saúde, tem impacto negativo na prática profissional, nos resultados de saúde dos trabalhadores e das pessoas que assistem, e na própria comunidade que os contém.

Este artigo tentará fornecer ferramentas aos profissionais de saúde para desenvolverem uma liderança genuína. Um deles é o coaching de liderança organizacional, que se torna uma ferramenta fundamental para otimizar o desempenho das pessoas.

A promoção de uma liderança genuína nas organizações de saúde produzirá uma grande mudança nas práticas das equipas profissionais, criará ambientes de trabalho saudáveis e empáticos, melhorará a qualidade e o calor do cuidado e da atenção aos utentes e conduzirá a novas transformações em benefício de todos os envolvidos.

Palavras-chave: *liderança; sistemas de saúde; condições de trabalho; estresse ocupacional.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n43.06

Cómo citar: Hernández PB. Liderazgo genuino: un camino hacia la transformación del equipo de salud. *Rev Enferm Neonatal.* Diciembre 2023;43:50-66.

INTRODUCCIÓN

Con el paso del tiempo el concepto de liderazgo ha sido denominado de diferentes modalidades. Desde hace muchos años se han dado a conocer diversos tipos de estilos tales como liderazgos autoritarios, piramidales tradicionales, burocráticos, autocráticos, sistémicos complejos, estratégicos, transaccionales, transformacionales, colectivos, individuales, institucionales, *laissez faire,* democráticos, participativos,

educativos, naturales y carismáticos. También están descriptos los diferentes enfoques de rasgos tales como los de comportamiento, de poder-influencia o situacionales,[1] y hasta existen otras clasificaciones de liderazgo como el ético, no ético, espiritual, servicial desconfiado, controlador, estrella y empático, entre otros.

La pregunta es ... ¿Existe un tipo de liderazgo más adecuado que otro? ¿Se pueden encontrar estilos o tipos de liderazgos que arrojen mejores resultados en la práctica profesional de salud?... Estas quizás sean preguntas sin respuesta aun, pero este artículo intentará aportar claridad respecto a este tema.

En el mundo ocurren infinidades de crisis con consecuencias de magnitudes impensadas, en donde se pone a prueba la toma de decisiones de cualquier ámbito. La humanidad para evolucionar constantemente debe capitalizar dichas consecuencias y transformarlas en cambios positivos para lograr su subsistencia.

Las sociedades e instituciones necesitan adaptarse a estos cambios o crisis tecnológicas, científicas, económicas, sociales, políticas, culturales, en relación a la salud, a la ecología, a la violencia, a la identidad de género, entre otros, para lograr una verdadera transformación. Sin embargo, acompañar institucionalmente los cambios no es sencillo dada la creciente y continua velocidad con la que suceden. Las instituciones de salud no están exentas a este contexto. El desafío es utilizar dichos cambios para encontrar y potenciar estrategias que permitan mejorar y enaltecer la calidad y calidez de los cuidados que se brindan a los pacientes y sus familias, creando ambientes laborales saludables, alegres, empáticos y centrados en las personas.

Un modelo de atención centrado en la persona (ACP) considera que el buen trato en salud es un trato amable, empático, delicado, cordial, cortés, generoso, respetuoso de su cultura, valores, preferencias y basado en el cumplimiento de la atención competente y eficiente en función de la mejor evidencia científica disponible. Esto no es una opción que los trabajadores de la salud pueden o no tomar, no está sujeto ni a la buena intención, ni a la voluntad y ni a la predisposición de los trabajadores de salud, sino que, es una obligación de los trabajadores realizar un buen trato en salud con todas sus características. Es un derecho que se sostiene sobre el imperativo ético que todas las personas deben ser tratadas con el mismo respeto hacia su dignidad más allá de cualquier diferencia entre ellas. La dignidad de las personas es un derecho humano inalienable vinculado estrechamente con el derecho a la salud que otorga sentido a las políticas públicas. Para establecer una ACP es necesario que el foco de interés sea la persona y sus necesidades, pero también es necesario el establecimiento de una relación entre las instituciones, el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, es decir, tomar a la persona como un todo en su contexto, enfatizando en los derechos y deberes de los involucrados y basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud.[2]

Distintos estudios han demostrado que la ACP tiene efectos positivos y significativos en indicadores de salud como, por ejemplo, en los índices de satisfacción de los usuarios y trabajadores, y en los resultados clínicos de salud a mediano y largo plazo. Tiene impacto en una mejor organización y coordinación de los servicios que proveen los prestadores de salud.[3,4]

Las instituciones y la comunidad necesitan imperiosamente de un cambio real y paradigmático en la educación y atención de la salud. Para que las organizaciones se inclinen a ser centradas en las personas se deben tomar decisiones para que se apliquen todos los procesos necesarios de implementación de la ACP. Una potente herramienta es promover liderazgos genuinos que guíen a todos los miembros de dichas instituciones hacia ese cambio y en este contexto empoderar a enfermeras y enfermeros, lo que es crucial para lograrlo.

Los profesionales de enfermería deben tomar un rol proactivo en liderazgos genuinos para potenciar la gestión de la ACP y para continuar garantizando sus derechos. De esta manera se logrará que las personas que se atienden junto a sus familias mejoren el cuidado de su salud en su contexto, dándoles el lugar principal que les corresponde, haciéndolos socios partícipes del cuidado dentro de la institución y de la sociedad que los contiene.[5]

¿Por qué es tan importante que enfermería se involucre para potenciar su liderazgo genuino en las instituciones de salud? En la formación académica de la disciplina de enfermería se incluye a la persona como a un ser humano bio-psico-social y holístico que debe ser cuidado con el mayor profesionalismo y empatía posible. Además, la calidad de los cuidados de enfermería está influenciada por el liderazgo positivo y eficaz del enfermero/a, logrando así que el profesional motive y estimule al equipo de salud hacia la participación de acciones de cambios, innovación y transformación. Esta práctica incentiva el compromiso y el cambio, además establece un clima vincular de confianza entre miembros del equipo, líderes y personas a las que cuida, y contribuye a la calidad y calidez de la atención brindada, mediada por la satisfacción laboral.[6]

¿QUÉ ES EL LIDERAZGO?

Stogdill R. señala que existen casi tantas definiciones del liderazgo como personas que han tratado de definir el concepto. Su definición de liderazgo comprende el proceso de conducir y gestionar las actividades de un grupo e influir sobre las conductas y la toma de decisiones que estos desarrollan.[7]

Chiavenato I. añade otro concepto interesante: el liderazgo es una influencia entre las personas ejercida en determinado contexto, lugar y situación, pero que solo puede lograrse si existe un eficaz proceso de comunicación humana.[8]

Kotter J.P. asegura que las organizaciones carecen del liderazgo que necesitan.[9] El déficit o ausencia de liderazgo produce un insuficiente o nulo estímulo intelectual para los trabajadores, no se fomentan las soluciones de los problemas mediante la creatividad y la innovación, y esto deriva en un nulo e ineficaz contacto humano en detrimento de las relaciones interpersonales.[10,11]

Maxwell J.C. cuenta una experiencia personal de niño donde sus padres le enseñaron con ejemplos a administrar el tiempo, trabajar tenazmente y a enfrentar todo con una actitud positiva,[12] y estas son algunas de las condiciones que los seguidores esperan de los líderes, ya que estas ayudan a superar situaciones problemáticas. Por su parte Ronald H. incorpora otro concepto interesante e innovador: el trabajo del líder es sacar a flote a las instituciones y personas del conflicto y usarlo como una fuente de creatividad.[13]

Bennis W. aporta que un líder tiene la capacidad de transformar una visión en realidad; sostiene que los líderes inigualables aprenden de las situaciones negativas a los que denomina crisoles, experiencias intensas que le dan significado e identidad y los guían hacia los objetivos haciéndolos personas más fuertes y resilientes.[14,15]

Todos estos autores citados y muchos otros nos dan una aproximación de lo que significa el liderazgo, pero cuando este concepto se incorporó al ámbito de la salud, permitió realizar mejoras institucionales en la prestación del servicio y favoreció la organización en beneficio de la población usuaria.[16]

En una revisión sobre liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud de atención primaria de la salud (APS) llegaron a la conclusión que América Latina debe encaminarse hacia sistemas de salud basados en APS participativos, con líderes con inteligencia emocional, que descubran las situaciones, conflictos o eventos transformadores y que encuentren la calidad de la atención que se necesita. Deben además utilizar métodos y estrategias para liderar al sistema en su transformación hacia organizaciones diferentes, más humanas, con más sentido común para alcanzar la verdadera salud universal, y esto se logra si se combinan varios tipos o estilos positivos de liderazgo.[17]

Sin duda existen un sinfín de definiciones y conceptualizaciones sobre liderazgo, pero diversos autores e investigaciones científicas coinciden en que es la capacidad y habilidad para cautivar e influenciar positivamente a otras personas; puede o no tener una autoridad delegada o posición formal o de mando dentro de la institución, pero siempre marca el rumbo adecuado a seguir con propósitos en común para lograr objetivos valiosos que beneficien a la totalidad de las personas creando y recreando soluciones efectivas, duraderas y sostenibles en el tiempo. Los líderes comparten con otros líderes y con sus seguidores, responsabilidades, errores y logros en forma recíproca y colaborativa; otro componente importante en el que coinciden muchos expertos es que los verdaderos líderes poseen valiosos y adecuados valores morales, predican con el ejemplo y la autoridad moral.[18-20]

¿A QUÉ SE LE DENOMINA LIDERAZGO GENUINO?

Según la definición de la Real Academia Española (RAE), el término genuino es sinónimo de auténtico, legítimo[21] y en otros diccionarios virtuales de sinónimos agregan que genuino es sinónimo de puro o verdadero.[22]

El término liderazgo genuino es un sinónimo de liderazgo auténtico. De hecho, el origen etimológico de la palabra auténtico proviene del latín *"authenticus"* y del griego *"authentikos"* los cuales se remiten a la idea de origen indiscutido, verdadero, genuino, fiable, digno de confianza, entre otros.[23]

El concepto de "autenticidad" (autoconocerse, aceptarse, ser sincero y fiel a uno mismo) se remonta en la historia a los antiguos griegos. El concepto fue aplicado décadas más tarde, al campo del liderazgo y cada vez es más investigado y aplicado en diferentes contextos. El apogeo de este concepto se debe fundamentalmente a dos razones; por un lado, la crisis económica/social y el comportamiento decepcionante, engañoso y fraudulento de algunos líderes políticos y del sector financiero que no hicieron frente a la resolución de problemáticas muy importantes para las sociedades, y esto generó desconfianza y hartazgo de dichas sociedades, quienes reclaman todavía la existencia de otro tipo de liderazgo con aspectos éticos y morales positivos innegociables. Y por el otro lado la

psicología social empieza a estudiar y analizar el fenómeno de los liderazgos positivos encontrando en algunas investigaciones que estos mejoran las organizaciones, la satisfacción y el compromiso de las personas.[24]

Varios autores, entre ellos Luthans, Avolio, Gardner, May, Walumbwa y Douglas, realizaron aportes significativos y sentaron los fundamentos teóricos del modelo de liderazgo auténtico o genuino e implementaron un cuestionario validado llamado Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) que mide varios componentes diferentes, aunque relacionados entre sí, del concepto más amplio de liderazgo auténtico o genuino.[25-29]

La elección del término liderazgo genuino de este artículo nace de este modelo de liderazgo auténtico (LA) que tiene sus orígenes en la psicología social positiva. En este caso debe tomarse al LA como base o punto de partida. Se tratará de proyectar el término genuino hacia un nuevo liderazgo que debe nutrirse de rasgos positivos de diversos tipos o estilos de liderazgos que existen en la actualidad.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE UN LIDERAZGO GENUINO?

La naturaleza del término genuino radica también en primero conocerse, aceptarse y permanecer fiel a uno mismo y a sus valores, identidades, preferencias y emociones positivas que inspiran a los demás.[30]

Sin embargo, este interés en boga por el fenómeno del liderazgo contrasta con la lamentable situación de la falta de un liderazgo positivo y efectivo. Según Heidegger M. para un liderazgo efectivo se necesita de una actitud vital que es una política organizacional positiva.[31]

Para lograr que una sociedad progrese en todos los aspectos de la vida, la clave es la educación, ya que la adquisición de conocimientos, capacidades, habilidades y aptitudes se convierten en herramientas para enfrentar cualquier tipo de problema o desafío,[16] los fortalece como personas y potencia la autonomía e independencia en cada toma de decisión. En los procesos de salud/enfermedad, la educación toma aun mayor relevancia para lograr individual y colectivamente que la sociedad se empodere del cuidado de su salud.

Para lograr una sociedad más justa y más sana, se necesitan líderes auténticos o genuinos. Para ello el primer paso es educar a las personas para autoconocerse, autoregularse y por consiguiente autoliderarse.[32] Esto significa que cada persona debe realizar un aprendizaje individual a través de la introspección para lograr un autoconocimiento haciendo consciente y reflexionando sobre las propias prácticas profesionales, sobre las características individuales, los pensamientos, los comportamientos y acciones, los estados de ánimo, las formas de actuar, de comunicar, las fortalezas y debilidades, los aciertos y desaciertos Si se logra todo esto, se puede realizar una verdadera aceptación y autocrítica para mejorar y propiciar la automotivación y confianza. Esto permitirá avanzar hacia el perfeccionamiento y la mejora de las habilidades comunicacionales, la gestión en la resolución de conflictos en el ámbito profesional, el diseño y manejo de las emociones potenciando la inteligencia emocional, entre otras.[33,34]

Si bien muchas personas nacen con ciertas capacidades de liderazgo, la clave está en la educación, pues se puede aprender a liderar y mejorar estas condiciones hacia un liderazgo genuino y positivo para lograr el bien común. Así se podrán modificar conductas y comportamientos individuales para lograr un aprendizaje significativo, que contribuya a mejorar la felicidad y satisfacción laboral de las personas. Se traducirá en un aumento del nivel de motivación, de compromiso individual y colectivo con la organización, pero sobre todo con la comunidad. De esta manera se logra favorecer el desarrollo personal y profesional de todos, y se beneficia a quienes más lo necesitan, los pacientes y sus familias.[35]

IMPORTANCIA DEL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA Y SUS APORTES

La disciplina de enfermería aporta mejoras y revitaliza la formación académica, genera propuestas de trabajo en equipo, impulsa hacia la resolución de problemáticas, potencia la calidad de la enseñanza, diseña estrategias que fortalezcan a la gestión, al avance de la investigación y a la unificación de criterios basada en la mejor evidencia científica disponible en el ámbito de la práctica profesional[36] en beneficio de todas las personas involucradas dentro y fuera de las instituciones. Por ejemplo, una estrategia de éxito del liderazgo sería fomentar la educación sobre el tema y establecer oportunidades internas para difundir los resultados. La transformación del liderazgo del personal de enfermería impulsa el cambio organizacional y proporciona la visión, los recursos y el uso del tiempo favoreciendo la gestión administrativa y financiera de las instituciones.

Otro aporte para fomentar un buen liderazgo para la gestión es crear cultura de trabajo positiva, lo cual se logra a través de programas innovadores de liderazgo y proyectos de investigación, para mejorar la calidad

de los servicios y la satisfacción de los beneficiarios de la atención.[16]

El liderazgo en enfermería promueve la creación de equipos de colaboración y cooperación, el desarrollo de nuevas prácticas y habilidades, la capacidad de observación minuciosa, la evaluación, la planificación, la organización y la ejecución de los cuidados y la revisión de los mismos para mejorarlos. Los profesionales aumentan su autoestima porque se sienten valorados, apoyados y acompañados, porque se impulsa la creatividad, innovación y el desarrollo de talentos en forma ilimitada y por sobre todas las cosas provee la oportunidad del desarrollo individual, colectivo y político en contextos no siempre favorables.[37]

Se requiere que enfermeras/os tengan un impacto en la atención a través de su comportamiento como líderes, se espera que la preparación para el liderazgo sea un objetivo declarado de la mayoría de los programas de educación de enfermería, ya que la formación del enfermero objetiva debe dotar al individuo con los conocimientos requeridos para el ejercicio de la profesión.[38] Por ejemplo Maziero, Bernardes, et al., concluyeron que invertir en servicios de salud, principalmente en los hospitales sobre la formación, capacitación y aplicación del liderazgo auténtico o genuino del personal de enfermería impacta positivamente en el desarrollo de habilidades asistenciales, da coherencia en sus acciones, mejora la gestión de los procesos, de la comunicación y del trabajo enfermero, produciendo un aumento del compromiso laboral, organizacional[39] y satisfacción laboral. Además, incrementa la retención de nuevos enfermeros, favorece la construcción de un ambiente de confianza e integridad, propicia resultados positivos para los líderes, para los seguidores y para todas las personas involucradas[40] y favorece positivamente al bienestar psicológico.[41]

Las investigaciones científicas sobre el bienestar laboral han aumentado en la actualidad, dado a que se ha arribado a conclusiones tangibles con múltiples beneficios para las personas y las organizaciones. Por ejemplo, Turner A. et al., investigaron que en el ámbito de las instituciones de salud la conducta de los supervisores es uno de los aspectos del entorno laboral que más impactan sobre la salud ocupacional. Otros autores que desarrollaron investigaciones desde la psicología organizacional positiva concluyeron que existe una mayor preocupación sobre el trabajo saludable, por lo que se deben establecer estrategias para la promoción del bienestar físico como psicológico. Si los supervisores/as de enfermería se capacitan y desarrollan aptitudes de lideres positivos comenzando por aplicar una comunicación asertiva, escucha activa, aceptar el desarrollo de nuevas ideas para mejorar algunas fallas de la práctica dentro de la institución, etc., desde ya se fomentará un ambiente amigable que permitirá incentivar las ganas del personal para iniciar nuevos proyectos dentro de la institución, que fomentarán la explosión de liderazgos y por consiguiente se beneficiará la totalidad de las personas involucradas.[42]

Otro aporte del liderazgo por partes de los equipos de enfermería es que se optimiza el manejo de todos los recursos y se crean equipos de trabajo que mejoran el resultado de los cuidados de calidad y calidez de los pacientes sumándole seguridad al proceso. Además, la enfermería premia al desarrollo de la empatía y del altruismo, disminuyen los errores, mejoran y protegen todos los aspectos de la seguridad de los pacientes, así se logran objetivos de la organización o institución, se promulga todo tipo de sanas competencias, se beneficia a la institución holísticamente y se mejora la salud pública favoreciendo la creación de una cultura organizacional saludable y sustentable en el tiempo.

Otro aporte importante son los estudios científicos sobre los programas de liderazgo en seguridad del paciente para enfermeras supervisoras y clínicas que tienen un impacto positivo, no solo beneficiando a la enfermera jefe, sino también al resto del equipo de enfermería. Además, aumenta la auto eficiencia, incrementa la confianza, la realización profesional y personal, reduce el agotamiento laboral y emocional porque aumenta significativamente el comportamiento profesional seguro en las prácticas profesionales, lo que se traduce en una mejora la calidad de los cuidados y los resultados de seguridad del paciente en cada unidad de enfermería. Además, inspira y motiva al resto del equipo de salud para lograr resultados positivos dentro de la institución, lo que se traducirá en mayor satisfacción usuaria, profesional y personal disminuyendo la deserción de profesionales y aumentando la confianza de los usuarios sobre dicha institución.[43,44]

El liderazgo genuino promulga la autoconciencia y conductas positivas de autorregulación por parte de los líderes y sus seguidores, lo que, a su vez, fomenta un autodesarrollo positivo. Un líder genuino es optimista, resiliente, ético, orientado hacia el futuro transparente, fiel a sí mismo, a sus valores y creencias, y firme en su comportamiento; esto lo hace digno de imitar y se convierte en un modelo transformador para sus seguidores. Estos son líderes que trascienden, van más allá de sus propios intereses porque priorizan a los demás y estos son guiados por los valores formados a lo largo de sus vidas.[45] Basta decir que existe también una correlación entre la búsqueda del desarrollo profesional y personal con la satisfacción

laboral y la confianza e interacción mutua y continua entre enfermeros/as, por lo que esto favorece la creación de liderazgos genuinos.[46]

Actualmente hay diversos programas que pueden colaborar en el desarrollo de liderazgo. Diversas entidades nacionales e internacionales en salud poseen capacitaciones en línea sobre el tema:

- Ministerio de Salud de Argentina: Programa de fortalecimiento del desarrollo profesional de la Enfermería-Seminarios de Capacitación de Liderazgo. Disponible en https://plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/course/info.php?id=721.
- Programa Internacional de Lideres en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde (PLSI). Disponible en https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/programa-de-lideres-en-salud-internacional-edmundo-granda-ugalde-recursos-educativos-abiertos
- Programa internacional de formación en liderazgo de la salud por el clima. Disponible en https://saludsindanio.org/programa-liderazgo
- Programa internacional de liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Disponible en https://www.paho.org/es/programa-lideres-salud-internacional-edmundo-granda-ugalde-plsi.

En todos los programas de liderazgo se incluye la importancia de proclamar el bienestar integral de todos los involucrados tanto del entorno laboral como del cuidado de los usuarios de salud a partir del trato humanizado.[47,48]

La construcción de redes dentro de los equipos de salud puede ser otra estrategia. Se puede solicitar colaboración de redes de liderazgo en salud pública, que ya estén consolidadas, para que sirvan de ayuda a otros equipos de salud para mejorar las relaciones y alcanzar los objetivos propuestos dentro de las instituciones y fomenten la capacitación en liderazgo.

Un ejemplo es la red internacional de gestión en cuidados de enfermería (RIGCE) disponible en http://riesweb.site/redes/rigce/; otras son las Redes Argentinas de Enfermería (RAdE), disponible en http://riesweb.site/argentina/ que es una red de enfermería y liderazgo, cuya estructura entrelaza a diferentes equipos de enfermería para capacitar en liderazgos positivos donde se establece una estrategia de trabajo colaborativo, y se pregonan los principios de liderazgo, humanismo, solidaridad, compromiso, empatía, horizontalidad, sinergia y complementariedad. Esta red abarca un conjunto de mecanismos estratégicos, intercambio de información, experiencias y conocimiento, y contribuye con la cooperación técnica en diferentes áreas temáticas.

La disciplina de enfermería contribuye al liderazgo genuino porque fomenta la abogacía, la diversidad, la justicia, la equidad y el respeto colectivo, contribuye al enaltecimiento de todos los cargos y de toda práctica profesional, estimula el compañerismo creando ambientes amigables, de contribución y de satisfacción laboral, promueve la estabilidad y continuidad de los profesionales dentro de la institución evitando la deserción y logrando el más elevado rendimiento y compromiso de todos, incluyendo a los profesionales de enfermería más jóvenes para el logro de un futuro aún más próspero.[11]

Optimiza el manejo de todos los recursos, crea equipos de trabajo que mejoran el resultado de los cuidados de calidad y calidez de los pacientes, premia a la empatía y al altruismo, disminuye errores, mejora y protege todos los aspectos de la seguridad de los pacientes, se logran objetivos de la organización o institución, promulga todo tipo de sanas competencias, beneficia a la institución holísticamente y mejora la salud pública favoreciendo la creación de una cultura organizacional saludable y sustentable en el tiempo.[49]

CARACTERÍSTICAS DE UN LIDERAZGO GENUINO

Para enfrentar los desafíos que se presentan en el sector salud se debe contar con liderazgos genuinos y con competencias organizacionales para afrontarlos; para ello se requieren cambios en la forma del quehacer institucional, y para lograrlos es necesario mejorar el aprendizaje en todos los niveles, es decir, individual, grupal y organizacional. En este caso el rol de los líderes genuinos en los procesos de cambio, aprendizaje organizacional y de desarrollo de las personas es fundamental. Esto debe ser acompañado del *coaching* que es un medio para mejorar la confianza en uno mismo, la capacidad de razonar y reflexionar. También facilita los procesos de aprendizaje, buscando que los directivos y líderes aprendan a trabajar con sus equipos, generando nuevas medios o posibilidades de acción que permitan la obtención de los resultados esperados.

El *coaching* se remonta a Sócrates, quien sería un precursor en el uso de esta estrategia como método de diálogo y cuestionamiento; ha sido investigado desde dos ópticas diferentes y relevantes según Theeboom,

Beersma y Van Vianen, la perspectiva psicológica y la organizacional.

La perspectiva psicológica afirma que las investigaciones dieron resultados que impactan positivamente en el manejo de la depresión, la ansiedad, la autorreflexión, el estrés y la calidad de vida, entre otros como afirma Grant (2003), Luthans y Peterson (2004), Green, Oades y Grant (2006), Spence, Cavanagh y Grant (2008).

Desde la perspectiva organizacional se han realizado investigaciones que dieron lugar a resultados que impactan en el desempeño, el compromiso en el trabajo, el liderazgo y la satisfacción en el trabajo, entre otros como lo afirman Kilburg (1996), Bozer y Sarros (2012), Cerni, Curtis y Colmar (2010).

La perspectiva psicológica involucra estudios que impactan en la depresión, la ansiedad, la autorreflexión, el estrés y la calidad de vida, entre otros (Grant, 2003; Luthans y Peterson, 2004; Green, Oades y Grant, 2006; Spence, Cavanagh y Grant, 2008). Desde este ultima perspectiva el *coaching* organizacional en las instituciones y organizaciones de salud, presenta complejas situaciones que se desprenden de la cultura interna, de la dificultad y complejidad de las tareas, de los conflictos externos e internos, de la escasa motivación que recibe el personal ya sea económica, laboral, de la desmotivación propia o personal de los empleados, de la estructura jerárquica, de los procesos y tiempos que demoran la soluciones en la salud.

Sumado a todo esto y particularmente tomando como ejemplo a un país como la Argentina, en donde el sistema de salud nacional se encuentra desarticulado y desorganizado, hace que afecte a todos los involucrados dentro y fuera del mismo sistema de salud. Pero no todo es negativo porque para hacer frente a estos problemas, el *coaching* organizacional se ha vuelto una herramienta propicia para la gestión del talento humano, para crear y determinar valores positivos e impulsar nuevos proyectos, propiciar un clima laboral amigable, estimular y mejorar los servicios, para lograr la satisfacción y fidelidad en los clientes y el compromiso de todos los involucrados dentro del sistema.[50]

El liderazgo genuino desarrolla al máximo nivel la comunicación efectiva, proporciona alto grado de interés por la escucha activa haciendo más virtuosas las relaciones interpersonales en todos los ámbitos y con todas las personas, alivia la presión, calma tensiones, fomenta las sanas relaciones mediante el desarrollo, la aplicación y el incentivo de las habilidades comunicacionales asertivas, positivas, oportunas y adecuadas logrando la resolución de conflictos, pero sobre todo previniendo y evitando que dichos conflictos se instalen. Además, genera cambios en los comportamientos y actitudes de las personas para promover el bienestar de todos los involucrados, estableciendo relaciones basadas en la confianza, la colaboración, el compromiso y la responsabilidad para poder trabajar en equipo de forma eficaz, oportuna y eficiente.[51,52]

Dicho esto, es importante destacar que el *coaching* organizacional y el psicológico son dos instrumentos que pueden aplicarse para impulsar el liderazgo positivo y genuino en los equipos de salud, los cuales promueven el pensamiento crítico y reflexivo, identifican fortalezas en las personas y ayudan con los aspectos a modificar, valoran el esfuerzo de todos por igual, alientan a la excelencia y al desarrollo de la creatividad e innovación. Favorecen el fortalecimiento de las capacidades adquiridas e impulsan hacia el logro de nuevas capacidades sin poner límites ni exigencias, lo que se traduce en la adhesión voluntaria de las personas para lograr avanzar sobre la formación de diferentes comités, programas de formación y de mentoría, organización de los lugares de trabajo, confección de manuales, guías, protocolos y garantías hacia los más altos estándares de calidad con visión de presente y futuro más prometedor.[53]

Un liderazgo genuino también debe propiciar un ambiente amigable y de intercambio mutuo dentro del equipo, de la institución y de la comunidad a la que pertenecen compartiendo sus conocimientos y recibiendo de los demás, tomando en cuenta las sugerencias y críticas respetando las diversidades, las diferentes perspectivas y propiciando que la toma de decisiones sea en forma compartida y participativa.

Por otro lado, es un guía, un motivador serial, pasional, creativo, estratégico, flexible, es comprometido emocionalmente y receptivo, no suprime las emociones las deja fluir junto a la razón, invoca estrategias para el manejo de las emociones evaluando, reformulando y reinterpretando situaciones problemáticas para darle la oportunidad a otros significados y cambiar la forma de reaccionar frente a conflictos, controlando así los impulsos y logrando comunicarse adecuadamente para minimizar dichos conflictos.

Para conseguir este liderazgo auténtico y lograr que sucedan cambios positivos y radicales se deben privilegiar la adquisición de atributos esenciales y valores positivos de sí mismo y de los demás, como la honestidad, un importante valor que pregona la sinceridad, ante todo, y la fidelidad hacia la verdad lo que provoca en las personas mayor confianza y credibilidad. También procede con humildad, actitud virtuosa de ser modesto y sencillo aun cuando es altamente re-

conocido por su inteligencia emocional e intelectual, entre otras.

Además, promueve la igualdad sin preferencias ni distinciones, demuestra y siembra humanidad y cordialidad en todo momento y con todas las personas; debe ir más allá de la empatía, y practicar el altruismo procurando el bien de las personas de manera desinteresada, incluso a costa de sus propios intereses. Todo lo lleva adelante con independencia y responsabilidad ya que es consciente de sus obligaciones y actúa conforme a ellas, a la ética y a la moral.

Otro atributo importante es el uso del humor; si es adecuado, oportuno, sano y positivo sirve de herramienta para allanar situaciones complicadas y desagradables, aminora el estrés laboral, la oposición, la hostilidad, debilita las exacerbaciones, pero sobre todo predispone a la alegría y a otras emociones positivas que tienen la virtud de transmitirse y propagarse entre las personas.

Al mismo tiempo, incrementa la autoestima y mejora la vida emocional de las personas, aporta sensación de placer, tiene poder terapéutico curativo (con efectos fisiológicos y psicológicos comprobados científicamente), revitaliza y mejora las relaciones interpersonales, propicia un ambiente agradable y de bienestar dentro del equipo de trabajo, dentro de la institución, con el paciente y la familia que cuidamos.[54]

El liderazgo así concebido requiere de alto compromiso organizacional, individual, y grupal, teniendo la responsabilidad de garantizar el cumplimiento y mantenimiento de las promesas asumidas, involucrándose al máximo y lo que es más importante distribuyendo el liderazgo, haciéndolo colectivo esforzándose para mejorar el rendimiento en equipo, la excelencia de prestación de servicios de salud y el bienestar de todos.[55]

El liderazgo así descripto es importante en todos los espacios laborales y de la vida, y más aún en el sistema de salud. En este contexto, el liderazgo por parte de la disciplina de enfermería, es clave en todos los ámbitos y entornos, para producir cambios que perduren en el tiempo, que mejoren y potencien la eficacia y eficiencia, porque los cimientos firmes de un liderazgo genuino conducen a nuevos liderazgos superadores que trascenderán logrando efectos extraordinarios *(Tabla 1).*

BARRERAS PARA EL LIDERAZGO GENUINO

Tanto el sistema como las organizaciones e instituciones de salud requieren más conocimiento sobre la

Tabla 1. Características del liderazgo genuino

- Automotivación y confianza.
- Aceptación y autocrítica.
- Autoliderazgo.
- Posee inteligencia emocional e intelectual.
- Desarrolla un pensamiento crítico y reflexivo.
- Practica y alienta a la excelencia, creatividad e innovación.
- Actúa con independencia y responsabilidad.
- Es guía, motivador serial, pasional, estratégico y flexible.
- Pregona valores como la honestidad y humildad.
- Promueve la igualdad sin distinciones.
- Demuestra y siembra humanidad y cordialidad.
- Practica y estimula la comunicación efectiva y asertiva, así como la escucha activa.
- Es comprometido emocionalmente y receptivo.
- Fomenta la empatía y practica el altruismo.
- Su mejor aliado es el uso del humor adecuado, oportuno, sano y positivo.
- Posee y fomenta alto compromiso.
- Distribuye su liderazgo a los demás.
- Tiene visión de presente y de un futuro más prometedor.

Fuente: elaboración propia.

importancia de los liderazgos genuinos y el impacto positivo que estos tienen para el fortalecimiento de sí mismo.

Si bien existen iniciativas a nivel internacional y nacional para la formación de liderazgo en los sistemas y servicios de salud, pareciera que dentro de las instituciones no se le otorga la suficiente importancia al papel del líder. De hecho, la asignación de recursos y fondos destinados específicamente al estímulo de liderazgos genuinos es insuficiente o nula en otros casos y por lo tanto no está considerando lo valioso de su figura.

Los estilos de liderazgo que deriven en resultados negativos, destruyen relaciones interpersonales perjudicando el clima institucional; esto puede deberse al desconocimiento actual sobre el significado real y los beneficios de los liderazgos genuinos. Por ello es importante que las instituciones formadoras y las organizaciones de salud se sensibilicen sobre la relevancia que tiene el proceso de enseñanza y aprendizaje permanente de liderazgo genuino porque el mercado de trabajo requiere de profesionales competentes para asumir la función de líderes fructíferos dentro de sus equipos y preparados para capacitarse como agentes de cambio.[35,56,57]

El insuficiente uso de la capacitación en servicio sobre liderazgos genuinos dentro de las instituciones de salud hace que este recurso esencial se vea desaprovechado en lo que respecta a las mejoras de la operatividad, la gestión y la supervisión del cuidado de los usuarios en beneficio de todo el sistema.

A su vez hay insuficiente involucramiento por parte del personal que trabaja dentro de organizaciones e instituciones del sistema de salud en sus diferentes niveles en relación con el desarrollo de políticas de salud sobre el fomento de liderazgos genuinos. Esto puede deberse a diferentes motivos tales como falta de apoyo organizacional, que el personal no es tomado en cuenta por líneas jerárquicas más elevadas, o personas que solo forman parte del sistema de salud por la remuneración económica, o por la posición de poder que ocupan o por una visión estrecha, individualista y enfocada hacia intereses personales.[58]

Existen universidades y entes dedicados a la formación, postgrado y especialización que todavía cuentan con programas de enseñanza tradicionalistas con visión limitada sobre la educación continua en liderazgos que no preparan ni favorecen a los cambios en el futuro.[59]

A esto se le suma la creciente precarización laboral de trabajadores con bajas remuneraciones en contraprestación de los servicios profesionales que produce descontento laboral, disminución de la autoestima e insatisfacción de requerimientos básicos que deriva en muchos casos a la necesidad de recurrir al pluriempleo. Esto ocasiona menor tiempo disponible para la capacitación de autoliderazgo considerado como el primer paso hacia el desarrollo de liderazgos genuinos, mayor cansancio del personal, aumento de patologías relacionadas al estrés laboral y por consiguiente aumento del ausentismo que recrudece la falta de personal de base que ya tiene el sistema de salud. Todo esto va en detrimento del sentido de pertenencia hacia las instituciones por parte de los trabajadores siendo estos los que se sienten desvalorizados[60] y sin fuerza para enfrentar nuevos desafíos de liderazgos.

Por otro lado, la rotación constante del personal de salud dentro de las instituciones hacia diferentes áreas o servicios de trabajo puede generar aumento de eventos adversos y empeoramiento de la gravedad de la enfermedad o el desarrollo de nuevos signos, síntomas o cambios patológicos en los pacientes asistidos. Esto se debe al desconocimiento de normas de funcionamiento interno de los servicios, así como de sus protocolos. También produce alteración en la planificación de actividades y acciones programadas de esas áreas o servicios.[61] El personal siente que se desperdicia el talento y la experticia humana y profesional de los trabajadores, produce inseguridad profesional por tener que trabajar en sectores donde no están o no se sienten suficientemente capacitados para desempeñarse; esto nuevamente genera insatisfacción laboral, disminución de la autoestima, aumento de estrés y patologías asociadas, incertidumbre y deterioro del sentido de identidad sobre el lugar de trabajo, lo que puede desmotivar al personal[62] para el desarrollo de liderazgos genuinos.

Un ambiente organizacional de predominio autoritario genera menor o nula aceptación de los trabajadores, ahuyenta al establecimiento de relaciones de colaboración e interpersonales, provoca a que quienes lideran dejen de propiciar toma de decisiones participativas, no promuevan el manejo adecuado de conflictos, dejan de elaborar proyectos, se sientan infravalorados y esto los desmotiva para seguir adelante con su ardua tarea que conlleva una responsabilidad enorme si bien es compartida con los demás.[63]

La ausencia de liderazgos genuinos puede producir desgaste profesional, el cual ocurre cuando el trabajador presenta falta de realización personal en el trabajo porque está altamente desmotivado por la institución. Cuando existe un lenguaje agresivo y/o poco asertivo los trabajadores sienten dicha despersonalización por

parte de la institución lo que lleva a un agotamiento emocional y al alto riesgo de sufrir problemas emocionales como depresión, ansiedad y ansiedad social ocasionado daño a los trabajadores. Muchas veces las instituciones ejercen este tipo de trato también a los usuarios los cuales se ven afectados a menudo y es lo que hay que evitar para constituir los ya nombrados entornos amigables o saludables.[64]

La falta de recurso humano en los ambientes sanitarios es una problemática recurrente que impacta negativamente en el desarrollo de la fuerza laboral y que atenta contra la seguridad y calidad de la atención y cuidados brindados. Esto podría afectar el resurgimiento de nuevos liderazgos y agravarse con la falta de políticas públicas en relación al mejoramiento de todas las condiciones laborales dificultando el advenimiento de dichos liderazgos.[65]

APORTES A LA SOLUCIÓN DE AUSENCIA DE LÍDERES GENUINOS

La población en general se siente satisfecha cuando mejoran su nivel de salud y calidad de vida. El sistema de salud tanto público como privado, tiene prestigio cuando las personas acceden al sistema, logran recuperar su salud y rehabilitarse de las enfermedades con las menores o nulas secuelas posibles y tiene aún más éxito si las medidas de promoción y prevención funcionan y dichas personas se mantienen sanas.

El objetivo principal o prioritario son los pacientes, sus familias y la comunidad, pero también cuidar a los que cuidan, es decir al personal de salud y todos aquellos que forman parte de dichas instituciones.

El sistema de salud y todas las organizaciones e instituciones que lo componen necesitan tener mayores conocimientos sobre los beneficios y alcances de los liderazgos genuinos para que puedan poner en valor la figura del líder y así asignar recursos y fondos para fomentar políticas públicas, consensuar acuerdos y propiciar intervenciones que favorezcan el desarrollo de dichos liderazgos.

De esta manera se podrá idear un plan de acción, para que las organizaciones e instituciones de salud puedan sacar provecho a esta herramienta. Un recurso que puede ayudar es priorizar la escucha activa de los equipos de salud que se desempeñan en dichos lugares, porque son ellos los que conocen de las necesidades del mismo. Otro recurso es la promoción de programas de incentivos que puedan cautivar el involucramiento de todos los trabajadores para que participen políticamente en la creación de mejoras del sistema. Para eso el estado debe generar estímulos que demuestren beneficios mutuos entre el sistema, las organizaciones y/o instituciones, los trabajadores, los usuarios y la comunidad.[66] Otra herramienta es la capacitación en servicio que puede utilizarse para introducir conocimientos dentro de las instituciones y lograr mayor adhesión de los trabajadores y así surgirán más recursos para el desarrollo y avance de los liderazgos genuinos que mejoren los lugares de trabajo dentro del sistema de salud en beneficio de toda la sociedad.

En fin, debe visualizarse un cambio paradigmático de organizaciones y entes de enseñanzas profesionales donde los programas incluyan desde el principio al fin herramientas que favorezcan al desarrollo de este perfil de liderazgos genuinos. En la política, en cada profesión, en cada oficio, e incluso en la vida misma es básico fomentar personas con dominio de este perfil pues la sociedad toda se verá más enriquecida, no solo por lo logros y resultados efectivos, sino también porque los liderazgos genuinos aportan transparencia, valores positivos que la sociedad aprecia y esto enaltece la imagen y la confianza del propio sistema de salud en su conjunto.[67]

El Estado, como responsable de la salud pública debe garantizar no solo el acceso a la salud, sino que la misma sea segura y de calidad. Debe primero lograr que los pacientes y sus familias participen dentro de la cultura de seguridad para su cuidado, debe oficiar de contralor proporcionando sistemas de monitoreo para garantizar que los procesos de seguridad y calidad de los cuidados realmente sucedan organizadamente en cada institución.[68,69] Las autoridades sanitarias deben reconocer el riesgo de trabajo del personal de salud, y mejorar la dotación de personal en función no solo a la cantidad de pacientes sino también del nivel de complejidad y de la cantidad de actividades que se realizan por cada paciente en función de las necesidades, evidenciándose así un giro hacia enaltecer la calidad de los cuidados. Esto estimulará a los trabajadores a emprender nuevos desafíos, como el de ejercer liderazgos genuinos que colaboren al logro de aquellas metas de calidad y seguridad del paciente que todavía no se han logrado.

A su vez el Estado debe terminar con la precarización laboral de trabajadores y generar contrataciones adecuadas con sueldos dignos para disminuir el pluriempleo. Esta acción permitirá que el personal de instituciones de salud, ya satisfechas las necesidades básicas, sea más productivo, habrá menor deserción de profesionales evitando que se invierta más dinero y tiempo en la capacitación de nuevo personal, y reducir el

gasto público. De esta manera se generarán ambientes de trabajo más amigables, se disminuirán las carpetas médicas por estrés laboral relacionadas a estas problemáticas, los trabajadores se sentirán más valorados y motivados para ejercer otras responsabilidades como capacitarse y desarrollar liderazgos genuinos.[70]

Otra solución es disminuir la rotación del personal. Esta acción es muy importante porque se reduce el gasto público y el tiempo que genera la capacitación del personal en una nueva área de trabajo, se aumenta la autoestima y la confianza por parte del personal, disminuye el estrés y las patologías asociadas, refuerza la imagen interna y externa de la institución de salud, genera que se valore el talento y la experticia profesional y humana.[71] Esto sin duda alienta al personal de salud para el inicio y continuidad en la formación de liderazgos genuinos.

Se debe propiciar la toma de decisiones y las reformas necesarias para lograr un clima organizacional positivo, gratificante, proactivo, participativo, democrático y comunitario, fomentando las relaciones humanas empáticas basadas en la confianza y el compromiso para lograr resultados deseados. Esto hace que surjan más lideres genuinos los cuales pueden producir modificaciones reales y tangibles que mejoren las instituciones insertas en el sistema de salud ya sea público o privado, y generen el bien común.

Una estrategia primordial para favorecer a los liderazgos genuinos es el *coaching* organizacional. Tiene entre sus objetivos alentar la pesquisa y perfeccionamiento de liderazgos, la mejora de habilidades de dirección, visión, comunicación y relaciones interpersonales, y capacidad para desarrollar planes de acción que beneficien a todos los involucrados.[19,72]

Los lideres genuinos logran consolidar el trabajo en equipos colaborativos; pueden ser útiles en crear comités, programas, guías, protocolos, talleres, ateneos, seminarios, cursos, charlas, eventos de concientización en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos, de fin de vida y de apoyo y seguimiento a familias que pierden a sus seres queridos. Es indispensable el aporte de todos e incluir en estos equipos al usuario para hacerlos partícipes de los cambios necesarios que la población requiere. Para ello es imprescindible desarrollar al máximo los liderazgos genuinos y colectivos que logren formar y empoderar a estos equipos de colaboración para mejorar los entornos sanitarios y transformen el sistema de salud, con una visión generalista[73] de las problemáticas para enfocarse en el desarrollo de soluciones para el bien común con los mejores beneficios para todos.

Para la defensa y fomento de liderazgos genuinos el sistema de salud argentino se debe plantear seriamente la resolución de la escasez del recurso humano que impacta negativamente en el desarrollo de la fuerza laboral sobre todo si se habla de la profesión de enfermería que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa casi el 50 % de los profesionales de la salud en todo el mundo y lleva a cabo la mayor parte de las tareas de atención de los pacientes de forma directa. La disponibilidad del mismo es un indicador importante de la fortaleza de los sistemas de salud, ya que la falta de personal adecuado afecta a la seguridad y calidad de prestación de servicios de salud. Esta profesión no es la única, la solución es que el Estado proporcione seguridad, bienestar económico, apoyo social y psicológico del personal, además de garantizar la toma de decisiones y el accionar correspondiente para aumentar la cápita del personal tan necesario para fortalecer el sistema.[65]

Para lograr dicho objetivo es prioritario también que las personas que trabajan en instituciones de salud se cultiven para avanzar no solo en conocimientos y experticia sino también en la creación de redes que ayuden a este fin. Es importante invertir en la mejora de atributos personales como respetar la vida y la muerte, la diversidad y la igualdad, la calidad y calidez de los cuidados. Se debe concientizar y visibilizar entre los líderes la importancia que tiene la detección de estilos de liderazgo con tendencia al acoso laboral como así también la importancia de conocer y hacer cumplir leyes provinciales, nacionales y acuerdos internacionales defendiendo los derechos de todas las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.[74]

José Miguel Bolívar, psicólogo y escritor, explica desde su perspectiva que todas las personas son potenciales líderes, que a su vez nadie puede ser líder todo el tiempo, que las personas actúan como líderes en ciertos momentos y bajo ciertas circunstancias; por ejemplo, hay personas que presentan cualidades para liderar en situaciones de emergencias y quizás no pueda hacerlo en ciertas situaciones cotidianas. Otras personas son excelentes liderando procesos innovadores y creativos, pero son pésimas liderando la aplicación de esas ideas en el campo de la práctica. Esto lleva a la reflexión que en los ambientes profesionales el liderazgo no es cualidad escasa de unos pocos iluminados; muy por el contrario, en todas las organizaciones hay muchos líderes y esta es una condición que casi todo el mundo posee y que se pude cultivar por medio de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Y continúa diciendo Bolívar que las organizaciones cometenelerrordeimponersupuestoslíderesotorgándoles

poder dentro de los organigramas verticalistas ya existentes, pero los líderes genuinos no lideran desde el poder sino desde la autoridad que se han ganado gracias a su mérito, ejemplo, respeto y confianza de sus colegas quienes se vuelven fieles seguidores. En este sentido la diferencia crucial es que el poder puede ser impuesto, heredado, asignado y quien asume ese poder debe tener la capacidad para dirigir, controlar y coaccionar, en cambio. la única forma de conseguir la autoridad es si por legítima voluntad es otorgada por personas/seguidores, y quien la posea debe ser capaz de llevar adelante un sinfín de acciones y cualidades ejemplares.

Es imperativo sensibilizar a gobernantes, legisladores, dirigentes políticos, sindicalistas y directivos de cada institución para que estos cambios lleven a la verdadera reforma del sistema de salud, que mejore la imagen del mismo y que sirva de ejemplo de imitación para el resto de las instituciones, aportando equidad y justicia social para toda la comunidad, porque los líderes genuinos generan cambios sustanciales.

CONCLUSIONES

Todavía existen organizaciones dentro del sistema de salud con organigramas autoritarios y verticalistas, con idiosincrasias arcaicas y carentes de cambio que deben terminar.

Las personas son parte del sistema de salud, están inmersas dentro de él y pueden transformarlo porque el cambio es sinónimo de seguir aprendiendo, de creer y crear un camino diferente.

En mi opinión, sin liderazgo las organizaciones no pueden progresar, se estancan y hasta pierden su rumbo. Indudablemente es por ello que se deben fomentar liderazgos genuinos de las características ya mencionadas.

Las consecuencias de las insuficientes políticas públicas afectan a todo nivel, en todas las jurisdicciones y a todos los ámbitos de trabajo, y limitan el surgimiento de liderazgos genuinos, ya que, si no se satisfacen las necesidades básicas de las personas y trabajadores, estos no podrán lograr su autorrealización y por lo tanto no tendrán la motivación necesaria para la construcción de dichos liderazgos.

La ausencia o insuficiencia de liderazgos genuinos en los sistemas de salud, genera deserción de profesionales y no profesionales, y podría favorecer a la ocurrencia de efectos adversos perjudiciales que ponen en riesgo la seguridad del paciente, pero también desgate físico y psíquico que podría culminar en patologías indeseadas que atentan contra los trabajadores.

Por tanto, el sistema de salud debe aumentar su capacidad de liderazgo realizando acciones de planificación, monitoreo, negociación, compromiso y demostrando el interés legítimo y constante en favor de la satisfacción de los usuarios y trabajadores para que se potencie la credibilidad del sistema haciéndolo más robusto y más seguro para todos.

Como estado, las instituciones y organizaciones y todos los miembros de una sociedad deben saber que hacer las cosas correctamente es más fácil, cuesta menos dinero, se obtienen mejores resultados y es más beneficioso para todos.

La necesidad de alinear las políticas con los esfuerzos para promover el liderazgo genuino de enfermería es vital ya que se considera la mayor fuerza laboral en número dentro del sistema sanitario de salud.

El liderazgo genuino se construye, cualquier persona puede ser un líder potencial. Para lograrlo se requiere de capacitación, formación, desarrollo personal y profesional constante; se deben lograr fusionar las características positivas de cada estilo o tipo de liderazgo, sin olvidar que a cada paso de dicha construcción es necesaria una conducta positiva y empática con valores y moral que sirvan de buen ejemplo. Esto sin duda mejorará los entornos laborales y los volverá ambientes más humanizados para favorecer a todas las personas involucradas dentro del sistema de salud.

Los liderazgos genuinos aportan las herramientas para guiar el camino hacia un liderazgo compartido formando verdaderos equipos colaborativos de trabajo junto a la comunidad. En momentos de incertidumbre y de crisis, lo líderes genuinos se vuelven imprescindibles, conforman redes y relaciones sólidas que finalmente conducen al logro de la excelencia y beneficios comunes.

Este proceso de transformación es indispensable y requiere del compromiso colectivo de quienes cuidan. Para lograrlo se deben dejar los egos de lado, la vanidad, la soberbia, la intolerancia y desterrar el individualismo de quienes trabajan en todo el sistema de salud para dedicarse a crear equipos colaborativos de trabajo y avanzar hacia liderazgos genuinos compartidos.

El gran anhelo de este artículo es que a los lectores se sientan inspirados y motivados para pasar del pensamiento a la acción y generar liderazgos genuinos que mejoren los equipos de trabajo de los sistemas de salud.

REFERENCIAS

1. Siddiqui N, Fitzgerald A. Patient-centric Workplace Culture: A Balancing Act for Nursing Leaders. American *Journal of Nursing Research.* 2017;5(5):165-172. [Consulta: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: https://eprints.utas.edu.au/25681/1/ajnr-5-5-2.pdf

2. Dois Castellón A. La atención centrada en la persona como eje de del modelo de salud. *Horiz Enf.* 2022; 33(2),97-99. [Consulta: 6 de noviembre de 2023].
Disponible en: https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/53035

3. Zeh S, Christalle E, Zill JM, Härter M, et al. What do patients expect? Assessing patient-centredness from the patients' perspective: an interview study. *BMJ Open.* 2021 Jul 12;11(7):e047810.

4. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness - A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019 Jul;102(7):1228-1236.

5. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Liderança ideal e real dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva em hospitais privados e públicos. *Cogit Enferm.* 2016 Jan/mar;21(1):01-07.

6. Santos JLG, Pin SB, Guanilo MEE, Balsanelli AP, et al. Liderazgo de enfermería y calidad de la atención en un entorno hospitalario: investigación con métodos mixtos. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2018 Sep 19;(0): 3289-3289.

7. Fragoso P, Pariente JL. Algunas reflexiones en torno al concepto del liderazgo: 1.ª ed. México. México: UAA; 2009.

8. Chiavenato I. Gerencia. En: Lily Solano Arévalo. Administración: Procesos administrativos. 3.ª ed. Bogotá: Mc Graw-Hill Interamericana, S.A.; 2001. p. 300-335.

9. Pautt Torres G. Liderazgo y dirección: dos conceptos distintos con resultados diferentes. *Rev Fac Cienc Econ.* 2011 Jun;19(1):213-28.

10. Hernández Gracia JT, Duana Ávila D. Estudio diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos. *Rev Cimexus.* 2018 Jul-Dic;13(2):89-109.

11. Danet A, García Romera I, March Cerdá J. Liderazgo transformacional en las organizaciones sanitarias. Una revisión bibliográfica. *Rev Comunicación y Salud.* 2016;(6):81-95.

12. Maxwell, JC. Precio del liderazgo: Autodisciplina. En: Grupo Nelson. Desarrolle el líder que está en usted. 1.ª ed. Nashville: Caribe; 1996. p.111-122.

13. Heifetz RA, Laurie DL. The work of leadership. *Harv Bus Rev.* 1997 Jan-Feb;75(1):124-34.

14. Bennis WG. Forging the Future. En: Philipson Nick. On becoming a leader. 2.a ed. Nueva York: Basic Books; 2003. p.185-198.

15. Bennis WG, Thomas RJ. Crucibles of leadership. *Harv Bus Rev.* 2002 Sep;80(9):39-45, 124.

16. Pinzón Espitia O. Liderazgo en los servicios de salud. *Cienc Salud Virtual.* 2014;6(1):37-53.

17. Puertas EB, Sotelo JM, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e124.

18. Quiroga A, La importancia del liderazgo en el desarrollo de nuestra profesión. *Rev Enferm Neonatal.* Agosto 2004;1:22-24.

19. Semprún-Perich RD, Fuenmayor-Romero JC. Un genuino estilo de liderazgo educativo: ¿una realidad o una ficción institucional? *Laurus.* 2007;13(23):350-380.

20. Backes DS, Gomes RCC, Rupolo I, Büscher A, et al. Leadership in Nursing and Health Care in the Light of Complexity Thinking. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210553.

21. Real Academia Española. RAE. Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. 2023. [Consulta: 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://dle.rae.es/genuino?m=form

22. Word Reference. Online Language Dictionaries. [Internet]. 2023. [Consulta: 1 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.wordreference.com/sinonimos/genuino

23. Ganga-Contreras FA, Navarrete-Andrade E, Suárez Amaya W. Aproximación a los fundamentos teóricos del liderazgo auténtico. *Revista Venezolana de Gerencia.* 2017 Ene-Mar;22(77):36-55.

24. Moriano JA, Molero F, Lévy Mangin JP. Liderazgo auténtico. Concepto y validación del cuestionario ALQ en España. *Psicothema.* 2011;23(2).336-41.

25. Luthans F, Avolio BJ. Authentic Leadership Development. En: Cameron KS, Dutton JE, Quinn RE (Eds.). Positive Organizational Scholarship: Foundations of a New Discipline. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers Inc; 2003. p. 241-258.

26. Avolio BJ, Gardner WL, Walumbwa FO, Luthans F, May DR. Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly.* December 2004;15;(6):801-823.

27. Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly.* 2005;16(3):315-38.

28. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology.* 2007;60(3):541-72.

29. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS, Peterson SJ. Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management.* 2008;34(1):89-126.

30. Erikson RJ. Our society, our selves: Becoming authentic in an inauthentic world. *Advanced Development Journal.* 1994;6(1):27-39.

31 Johnson F. El nacionalsocialismo de Heidegger o el abandono de las cosas mismas. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*. 2017;34(1):185-202.

32. Arjomandi F. El liderazgo que viene. *Journal of the Sociology and Theory of Religion.* 2022;13(1):100-39.

33. Quiroga A. El manejo profesional de los conflictos: estrategias para mejorar los ambientes de trabajo. *Rev Enferm Neonatal.* Mayo 2009;2(5):20-23.

34. Estanislao Bachrach. En: Cambio: 6.a ed. Buenos Aires: Sudamericana; 2015.

35. Souza e Souza LP, Ferreira Cordeiro AL, Nunes de Aguiar R, Veloso Dias O, et al. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm Glob.* 2013 Abr;12(30):268-280.

36. Álvarez Yañez DM. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *Av Enferm.* 2015 May;33(2): 295-305.

37. Salvage J, White J. Our future is global: nursing leadership and global health. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3339.

38. Lanzoni GM, Meirelles BH. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(3):651–58.

39. Coronado Guzmán G, Valdivia Velasco M, Aguilera Dávila A, Alvarado Carrillo A. Compromiso Organizacional: Antecedentes y consecuencias. *Conciencia Tecnológica.* 2020 Dic;60(20):1-19.

40. Maziero VG, Bernardes A, Righetti EAV, Spiri WC, Gabriel CS. Positive aspects of authentic leadership in nursing work: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190118.

41. Figueroa Justiniano R, Rodríguez Montalbán R, Rodríguez AR. Análisis de las Propiedades Psicométricas de la versión en español del Authentic Leadership Questionnaire (ALQ). *Revista Caribeña de Psicología.* 2022;6(1):e6321.

42. Omar AG. Liderazgo transformador y satisfacción laboral: el rol de la confianza en el supervisor. *Liberabit.* 2011;17(2):129-38.

43. Xie F, Ding S, Zhang X, Li X. Impact of a patient safety leadership program on head nurses and clinical nurses: a quasi-experimental study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021 Oct;29:e3478.

44. García-Rivera BR, Mendoza-Martínez IA, Olguín-Tiznado JE. Liderazgo Transformacional y Agotamiento Profesional en Personal Hospitalario. *Investig Adm.* 2022;51(129):1-15.

45. Villa Sánchez A. Liderazgo resiliente pertinente para una sociedad cambiante. *Foro Educacional.* 2020;34: 77-103.

46. Moura AA, Bernardes A, Balsanelli AP, Dessotte CAM, et al. Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3260.

47. Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Invest Educ Enferm.* 2008;26(2):218-225.

48. Cedrés de Bello S. Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *RFM.* 2000 Jul;23(2):93-97.

49. Veliz Rojas L, Paravic Klijn T. Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería. *Cienc Enferm.* 2012 Agosto;18(2):111-117.

50. Mejía Chiang C, Jáuregui Machuca K. Coaching en las organizaciones: experiencia con personal administrativo en salud. *Rev Univ Empresa.* Dec. 2020;22(39):175-200.

51. Quiroga A. Mejorar la Comunicación, ¿Mejora el Cuidado de los Recién Nacidos? *Rev Enf Neonatal.* Julio 2007;1(2):10-13.

52. Pedace M. La importancia de la escucha activa para los profesionales de la salud [Internet]. Buenos Aires: Estudio Bixcat; 24 de noviembre de 2017. [Consulta: 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.fcchi.org.ar/la-escucha-activa-en-los-profesionales-de-la-salud/

53. Estanislao Bachrach. Ágilmente: 24.a ed. Buenos Aires: Sudamericana; 2016.

54. Lotito Catino F. Gestionando con humor: un paso hacia el liderazgo de excelencia. *Revista Academia & Negocios.* 2015;1(1):1-12.

55. Silva JAM, Mininel VA, Fernandes Agreli H, Peduzzi M, et al. Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 Oct 10;10(10):CD013850.

56. Wardani E, Ryan T, Yusuf M, Kamil H, et al. How nurses in a developing country perceive and experience leadership: A qualitative study. *Contemp Nurse.* 2021 Feb-Apr;57(1-2):28-38.

57. Hernández Gracia TJ, Duana Avila D, Polo Jiménez SD. Clima organizacional y liderazgo en un instituto de salud pública mexicano. *Rev Cubana Salud Pública.* 2021;47(2):e2252. 2021.

58. Rivera FJU. Cultura y liderazgo comunicativo. En: Martinovich V, transl. Análisis estratégico en salud y gestión a través de la escucha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. pp. 187-220.

59. Manfredi M. El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica. *Rev Lat Am Enfermagem.* 1993 Jan;1(1):23–35.

60. Sánchez LP. Liderazgo de enfermería: urgencia de los gobiernos para gestionar la salud global durante la pospandemia. *CuidArte.* 2020 Nov;9(18):33–9.

61. Avellaneda PIC, Crespo HG, Kasano JPM. Rotación y desempeño laboral de los profesionales de enfermería en un instituto especializado. *Rev Cuid.* 2019 Abr;10(2):e626.

62. Bautista-Rodríguez LM, Diosa-Rodríguez MP, Gil-Marlés J, Méndez-Hernández RE, et al. Percepción del personal de enfermería ante la rotación en los servicios de hospitalización. *Rev Cienc Cuidad.* 2014;11(2):74-83.

63. Contreras-Carreto NA, Ramírez-Montiel ML. Problemas de liderazgo en la alta dirección de instituciones de salud. [Internet]. *Cir Cir.* 2020;88(4):526-532.

64. Salazar IC, Roldán GM, Garrido L, Ramos-Navas Parejo JM. La asertividad y su relación con los problemas emocionales y el desgaste en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology.* 2014;22(3):523-549.

65. Stewart D, Catton H, Acorn M, Burton E, et al. Enfermería: una voz para liderar. Ginebra, Suiza. CIE; 2022. ISBN: 978-92-95124-03-5. [Consulta: 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://2022.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2022/05/ICN_IND_Toolkit_2022-ES-final.pdf

66. Shariff N. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nurs.* 2014 Jul 10;13:20.

67. Bolívar A. Aprender a liderar líderes. Competencias para un liderazgo directivo que promueva el liderazgo docente. *Educar.* 2011;47(2):253-275.

68. Vítolo F. El rol de los pacientes en la seguridad de su atención. [Consulta: 8 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/68d9n

69. Martínez Oropesa C, Cremades LV. Liderazgo y cultura en seguridad: su influencia en los comportamientos de trabajo seguros de los trabajadores. *Salud de los Trabajadores.* 2012 Jul;20(2):179-192.

70. OPS. Desarrollo de recursos humanos para la salud. En: OPS Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington DC: OPS; 2020. p 59-75. ISBN 978 92 75 32264 2.

71. Rivero R. La gestión del directivo y su relación con la rotación del personal: un estudio de caso. Areté. *Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela.* 2021;7(14):79–103.

72. Sherman S, Freas A. The Wild West of Executive Coaching. *Harvard Business Review.* 2004;82(11):82–148.

73. Gómez Osorio JI. El CEO y las siete barreras que impiden una gestión efectiva. *Revista de Negocios del IEEM.* 2017 feb;20(1):24-30.

74. López Tellez A, López Velásquez GL, López Duque ME. Estilos de liderazgo con tendencia al acoso laboral (Mobbing). *Scientia et Technica.* 2016;20(1):31-37.

COMENTARIO DE ARTÍCULO

Asociación del balance de líquidos con los resultados respiratorios a corto y largo plazo en recién nacidos extremadamente prematuros: análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado

Association of Fluid Balance With Short- and Long-term Respiratory Outcomes in Extremely Premature Neonates: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial

Starr MC, Griffin R, Gist KM, Segar JL, et al.
JAMA Network Open. 2022;5(12): e2248826.

Comentario: Dr. Eduardo Alberto Brunori°

RESUMEN

Los recién nacidos (RN) de edad gestacional extremadamente baja corren el riesgo de sufrir trastornos del balance de líquidos (BL), definidos como cambios en el peso de los líquidos durante un período específico. Existen pocos datos sobre la asociación entre BL y resultados respiratorios en esta población.

Objetivo. Describir los patrones de BL y evaluar la asociación del BL con resultados respiratorios en una cohorte de RN de edad gestacional extremadamente baja.

Diseño, entorno y participantes. Análisis secundario del estudio sobre neuroprotección en prematuros con eritropoyetina (PENUT) en neonatos pretérminos extremos, realizado en 30 unidades neonatales en los Estados Unidos desde el 1 de diciembre de 2013 al 30 de septiembre de 2016. Su objetivo fue evaluar la asociación entre el balance de fluidos y los resultados respiratorios de los neonatos extremadamente prematuros durante los primeros 14 días de vida postnatal, puntualmente en lo relacionado a la ventilación mecánica como variable primaria y un resultado compuesto de displasia broncopulmo-

° Médico Pediatra y Neonatólogo. Jefe de Cuidados Críticos de la Unidad de Neonatología, Hospital Profesor Alejandro Posadas, Provincia de Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0009-0002-5147-2262

Correspondencia: eduardobrunori@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses: ninguno que declarar.

Recibido: 8 de octubre de 2023.

Aceptado: 12 de octubre de 2023.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0

nar (DBP) o muerte como resultados secundarios.[1] Los criterios de elegibilidad fueron edad gestacional entre 24 0/7 semanas y 27 6/7 semanas, inclusión con menos de 24 horas de edad y tener un acceso arterial o venoso. Los criterios de exclusión fueron anomalías importantes que ponen en peligro la vida, crisis hematológicas (como coagulación intravascular diseminada y hemólisis), hematocrito superior al 65 %, hidropesía fetal e infección congénita. En el presente análisis secundario, se excluyeron a los RN que murieron en los primeros 14 días.

Resultados. Se incluyeron 874 neonatos, de 941 del trabajo primario, ya que en todos figuraba el peso diario, usando el mismo para definir el balance de líquidos y comprender mejor cómo afecta a los órganos distantes y los resultados del paciente prematuro extremo. El estudio actual amplía los hallazgos del primario y muestra una asociación entre el BL y los resultados en los nacidos prematuros durante un período posnatal más largo, identificando el BL en el día 3 posnatal y el tiempo para recuperar el peso al nacer como objetivos clínicos potenciales que justifican un estudio adicional.

El uso de pesos sucesivos está recomendado para evaluar el balance de líquidos en esta población de pacientes. El BL se calculó comparando el peso diario con el peso al nacer: BL = [(Peso diario − Peso al nacer) / Peso al nacer] × 100.

Los RN prematuros nacen con un exceso de líquido extracelular y experimentan durante los primeros días posteriores al nacimiento, una disminución esperada del peso corporal. La pérdida de líquido extracelular es crucial en la transición a la vida extrauterina y se logra mediante un BL negativo. El estudio actual sugiere que una sobrecarga de líquidos del 5 % durante los primeros 14 días posnatales puede representar un umbral en el tratamiento de los RN prematuros gravemente enfermos. Los RN que no pierden peso después del nacimiento, tienen un mayor riesgo de resultados respiratorios deficientes. Por lo tanto, el día en que los RN prematuros recuperan el peso al nacer puede ser un indicador importante del equilibrio clínico de líquidos y predictor de resultados posteriores.

Resultado primario: ventilación mecánica.

Un total de 458 RN (52,4 %) recibían ventilación mecánica el día 14 posnatal. Aquellos que requirieron ventilación mecánica en el día 14 posnatal tenían más probabilidades de haber nacido con una edad gestacional y un peso más bajo, tener puntuaciones de Apgar más bajas, recibir vasopresores y tener un episodio de infección respiratoria alta (IRA).

Después de ajustar por variables de confusión, el BL positivo máximo durante los primeros 14 días postnatales, y en los días 3 y 7 postnatal, permanecieron asociados de forma independiente con la necesidad de ventilación mecánica en el día 14 postnatal. En el análisis multivariado, por cada aumento del 10 % en el BL positivo máximo, hubo un aumento del 103 % en las probabilidades de ventilación mecánica en el día 14 posnatal (odds ratio -OD- ajustado 2,03; intervalo de confianza -IC- del 95 % 1,64-2,51). De manera similar, por cada aumento del 10 % en el BL en el día 3 posnatal, hubo un aumento del 66 % en las probabilidades de ventilación mecánica en el día 14 posnatal (OR ajustado 1,66; IC95% 1,30-2,14). Estos hallazgos siguieron siendo significativos en los análisis del mejor/peor caso de los lactantes excluidos.

Los RN con un BL positivo máximo superior al 5 % por encima de su peso al nacer tuvieron un 75 % más de probabilidades de recibir ventilación mecánica en el día 14 posnatal (OR ajustado 1,75; IC95% 1,33-2,31). Los RN con un BL positivo máximo superior al 10 % tuvieron probabilidades similares de requerir ventilación mecánica el día 14 a pesar de duplicar el grado de sobrecarga de líquidos (OR ajustado 1,74; IC95% 1,41-2,15).

Resultado secundario: displasia broncopulmonar o muerte

Los RN con un BL positivo máximo superior al 5 % por encima de su peso al nacer tenían un 51 % más de probabilidades de sufrir DBP grave o muerte (OR ajustado 1,51; IC95% 1,11-2,06). Los RN con un BL positivo máximo superior al 10 % por encima de su peso al nacer tuvieron un 58 % más de probabilidades de sufrir DBP grave o muerte (OR ajustado 1,58; IC95% 1,28-1,96). Un BL positivo máximo superior al 16 % se asoció más fuertemente con DBP grave o muerte (OR ajustado 1,64; IC95% 1,36-1,97). En el análisis multivariado, por cada aumento del 10 % en el balance de BL máximo, no hubo cambios significativos en las probabilidades de DBP grave o muerte (OR ajustado 1,00; IC95% 0,95-1,05). En definitiva, los resultados muestran que el BL está asociado con los resultados respiratorios.

COMENTARIO

El estudio se presenta con una correcta metodología, que siguió la guía "Fortalecimiento de informes de estudios observacionales en epidemiología" (STROBE).[2] Intenta limitar los sesgos por las exclusiones del análisis primario; realiza un análisis de sensibilidad considerando el mejor y peor escenario y no encuentra

diferencias significativas en relación a los resultados hallados. Como fortaleza, es un estudio bien diseñado, con técnicas estadísticas correctamente aplicadas para tratar de minimizar los confusores (análisis multivariado), curvas de tiempo al evento y análisis de sensibilidad entre otras. El tamaño de la muestra está descripto en este estudio y en el primario. Sin embargo, los puntos finales cambian de uno a otro estudio y debería considerarse si el tamaño muestral es adecuado para evaluar esta cantidad de pacientes y para confirmar estos resultados. Como limitación del estudio, es un estudio de análisis de base de datos secundarios, por lo que indefectiblemente se debe considerar la calidad de los datos primarios para poder validar los resultados.

Hay variables en este estudio que se limitaron a los primeros 14 días de vida, sin tener en cuenta que, en la población de prematuros extremos, hay cambios en las prácticas y condiciones clínicas después de este período que pueden influir en el resultado final.

Por ser un estudio epidemiológico, no se protocolizaron datos que pueden influir en el peso como el entorno de la atención en incubadora con humedad, la servocuna con cubierta de plástico o las nuevas incubadoras híbridas, el aporte de líquidos, la carga de solutos y los estados patológicos.[3,4]

En la práctica diaria, es muy difícil determinar el equilibrio de líquidos en estos neonatos prematuros extremos y sus necesidades, pero por la experiencia clínica se pueden tomar dos de los tres datos registrables para poder realizar una correcta interpretación. Estos datos son el peso diario, el balance de ingresos y egresos, y el ionograma. El peso nos refleja el balance hídrico del prematuro. La relación entre los egresos e ingresos llamada E/I debe estar entre 0,6 a 0,9 ml/kg/día. La natremia es de gran ayuda, ya que un valor alto es concordante con una significativa pérdida de agua libre, en contraste con uno bajo, propio de un líquido extracelular expandido a expensas de agua libre.

Todos estos datos deben tenerse en cuenta para el aporte de líquidos con la finalidad de proyectar una baja de peso del 2 % diario, para llegar a un 10 % hacia el día 5 y un máximo de 15 % al fin de la primera semana, que representa un rango seguro en la velocidad de contracción del líquido extracelular. Cuando esta es inferior al 3 % o superior al 12 % del peso de nacimiento en el tercer día de vida, hay reportes de mayor mortalidad en prematuros extremos. Así mismo, una pérdida de peso menor a la fisiológica incrementa el riesgo de enfermedad pulmonar crónica (DBP), enterocolitis necrotizante, edema pulmonar y deterioro de la función cardíaca. En los casos en que el descenso de peso excede lo fisiológico, se asocia a deshidratación, hipoperfusión tisular y hemorragia intraventricular. En este estudio se toma sólo el peso porque es lo más fácil de registrar, pero se debería comparar con el balance y el ionograma a fines de determinar si dicho dato es fidedigno.

Sin embargo, para todo esto existe una limitante, las dificultades de los accesos vasculares, las limitaciones en los volúmenes de extracción de sangre y el daño potencial de todos los procedimientos médicos y de enfermería, en particular, por la exposición repetida al dolor.[3]

En esta población tan lábil, con escaso límite para el error es imperativo prevenir la iatrogenia. Por tal motivo son pocos los estudios de intervención que existen en la actualidad en prematuros extremos y en su mayoría son observacionales, epidemiológicos, sin resultado concluyentes.[5,6]

REFERENCIAS

1. Askenazi DJ, Heagerty PJ, Schmicker RH, Brophy P, et al; PENUT Trial Consortium. The impact of erythropoietin on short and long-term kidney-related outcomes in neonates of extremely low gestational age: results of a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *J Pediatr.* 2021 May;232:65-72.e7.

2. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, et al.; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ.* 2007 Oct;335(7624):806-808.

3. Ågren J, Segar JL, Söderström F, Bell EF. Fluid management considerations in extremely preterm infants born at 22-24 weeks of gestation. *Semin Perinatol.* 2022 Feb;46(1):151541.

4. Basu RK, Wheeler DS. (2013). Kidney-lung cross-talk and acute kidney injury. *Pediatr Nephrol.* 2013 Dec;28(12):2239–2248.

5. Selewski DT, Gist KM, Nathan AT, Goldstein SL, et al.; Neonatal Kidney Collaborative. The impact of fluid balance on outcomes in premature neonates: a report from the AWAKEN study group. *Pediatr Res.* 2020 Feb;87(3):550–557.

6. Selewski DT, Akcan-Arikan A, Bonachea EM, Gist KM, et al.; Neonatal Kidney Collaborative. The impact of fluid balance on outcomes in critically ill near-term/term neonates: a report from the AWAKEN study group. *Pediatr Res.* 2019 Jan;85(1):79-85.

www.fundasamin.org.ar